Rok XXXIII. Kraków 22. Grudnia 1894 r. Nr. 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny.
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z oddziału chorób wenerycznych i skórnych Doc. Dra A. Zarewicza w szpitalu św. Łazarza.

Kazuistyka wrzodów stwardniałych, poza częściami płciowemi postrzeganych i leczonych w oddziale chorób wenerycznych i skórnych od r. 1880.

Napisali

Dr. F. Krzyształowicz i Dr. T. Mayzel.

(Dokończenie. Patrz Nr. 49).

Z dziewięciu wrzodów na sutku, które powstają najczęściej skutkiem karmienia dzieci kiłą zakażonych, wyróżnia się wybitnie etyologią przypadek, w którym u dziewczyny 20-letniej powstają na obu brodawkach wrzody stwardniałe skutkiem pocałunku „kawalera“. Chora do chwili wstąpienia do szpitala nie rodziła a zgłosiła się już z objawami kiły drugorzędnej pod postacią kłykcin w jamie ustnej, na częściach rodnych i około stolca; przebieg nie przedstawiał nic szczególnego.

Z tych wrzodów wymienić by tu szczególniej należało wrzód powyżej brodawki sutkowej prawej u żony propinatora na wsi, która karmiła swe własne dziecko, zakażone kiłą, w sposób nieznany nabytą, jakoteż przypadek zarażenia kobiety wiejskiej, 40 lat liczącej, od dziecka wziętego na wychowanie a chorego „na krosty“, które wkrótce umarło. Wreszcie podobny przypadek u żony wyrobnika 30-letniej, u której powstał wrzód na sutku, nabyty od własnego karmionego przez nią dziecka $1^1/_2$ rocznego, które zaraziła pocałunkiem komornica a zmiany pierwotne u dziecka wystąpiły w ustach. Matka poprzednio zdrowa urodziła czworo zdrowych dzieci a ostatnie, które było przyczyną zakażenia matki, zaraziło się mając przeszło rok życia i było wraz z matką pod obserwacyą lekarską. Oboje zgłosili się już w okresie kiły drugorzędnej tak, że u matki były widoczne jeszcze resztki wrzodu, u dziecka zaś nie można było wykazać zmiany pierwotnej. W tych 3 przypadkach nabyły wrzodów na sutkach osoby, o które chodzi, przez nieświadomość złego, na które się narażały.

Już co do miejsca ciekawość wzbudzające, ciekawsze tem więcej co do etyologii są wrzody w pachwinach powstające. Jednego z nich etyologia niezbyt jasna; chory podaje, że „po zadrapaniu“ powstał wrzód w pachwinie trudno się gojący i trwający kilka tygodni a zgłasza się z objawami kiły wtórorzędnej pod postacią osutki plamistej i kłykcin, po wrzodzie zaś w pachwinie prawej widać skórę o ciemnoczerwonem zabarwieniu na znaczniejszym obszarze a środkiem podłużną bliznę nieregularną. Przypuszczać więc z tego można, że już w chwili drapania się zakażenie być musiało, nie wiadomo tylko na tle jakiej zmiany; prawdopodobnie wystąpiło ono przy spółkowaniu z chorą kobietą, gdyż chory nie wspomina o żadnej zmianie poprzedniej.

Zupełnie niejasną jest etyologia wrzodu, w tem samem miejscu powstałego u młodej, 25-letniej żony faktora, która przybywa z objawami okresu drugorzędnego, w ciąży i u dziecka $1^1/_2$ rocznego służącej, u których na pewno tylko to miejsce należało uważać za siedzibę wrzodu pierwotnego.

Czwarty przypadek za to powstał z ciekawej przyczyny: F. O., mężczyzna lat 24 liczący, wędrowny zegarmistrz z Mogilan, nigdy przedtem nie chorował, obecnie jest chorym od dwu miesięcy. Pierwszym objawem była dymienica w pachwinie lewej, skutkiem chodzenia powstała, mimo której otwarcia jednak chory spółkował z kobietą w drodze spotkaną. Dymienica zagoiła się wkrótce, we dwa tygodnie jednak „rozjadziła się“ na nowo a równocześnie prawie powstał obrzęk prącia. Badanie wykazuje obustronne obrzmienie gruczołów pachwinowych, obrzęk napletka przy ujściu w postaci stulejki, z ujścia jego obfity wypływ ropny a przez górną jego powierzchnię wyczuć można wybitną stwardniałość. Bólu przy oddawaniu moczu, ani parcia na mocz nie ma; w pach-

winie lewej skóra nad powiększonymi gruczołami poruszalna, lekko obrzękła na całym obszarze od prącia aż na 6 cm. w górę w kierunku skośnym, w części górnej zaś, w miejscu byłego pęknięcia znajduje się wrzód podłużny o wybitnych cechach wrzodu stwardniałego; otworu prowadzącego do dawnej dymienicy nie można nigdzie wyśledzić. Na skórze tułowia i kończyn poczynająca się osutka plamista, w jamie ustnej zmian nie ma. Chory przy normalnym zresztą przebiegu kiły i leczeniu rtęcią po dwumiesięcznym pobycie w szpitalu wychodzi bez objawów kiły.

W tym ostatnim przypadku zwrócić już należy uwagę, że obok wrzodu w pachwinie istnieje i wrzód na prąciu.

Ciekawszymi pod tym samym względem są dwa inne przypadki, z których jeden okazuje dwa wrzody na dwu odległych miejscach i nierównocześnie powstałe; najpierw bowiem pojawia się wrzód na prąciu a w parę dni potem dopiero na wardze dolnej ust. Chory zgłasza się już w okresie wtórorzędnym kiły i z pozostałościami po wrzodach w wyż wymienionych miejscach. Drugi przypadek ciekawszy o tyle, że odznacza się znaczną liczbą wrzodów, na skórze bowiem moszen, wzgórka łonowego i prącia widać cztery wrzody do wielkości czterech centów dochodzące. Wśród leczenia wystąpiła osutka guzkowa i kłykciny sączące w gardle i około stolca; 40 wcierań maści szarej wystarczyło, aby usunąć wszystkie zmiany.

W dalszym ciągu wspomnieć należy o przypadkach kiły występującej u większej liczby ludzi wspólnie ze sobą żyjących czyli o tak zwanej kile rodzinnej *(Familiensyphilis)*. Z takich przypadków godnym uwagi jest jeden, gdzie służąca, której jednak nie obserwowano, zaraża dziecko dwuletnie handlarza kiłą na wardze dolnej ust, to zaś matkę swą na migdałku. Matka z dzieckiem przybywają do szpitala już ze zmianami wtórorzędnemi: dziecko z osutką guzkową, najwięcej na twarzy, obok istniejącego nacieku jeszcze po wrzodzie, matka zaś także z wybitnymi śladami wrzodu na migdałku obok osutki plamisto-guzkowej na tułowiu i kończynach, tudzież osutki złuszczającej się na dłoniach, później wystąpiły także kłykciny na częściach rodnych. Postać kiły w obu tych przypadkach dość złośliwa, podkopująca przytem ogólny stan chorych, gdyż u dziecka sprawiła znaczne wynędznienie a u matki także znaczny upadek odżywienia i sił.

Drugi przypadek kiły w tym rodzaju obejmuje pięciu członków tej samej rodziny, t. j. matkę i cztery jej córki w wieku lat $2^1/_2$, 6, 9 i 16. Matka, żona rolnika a więc mieszkająca na wsi, nabyć miała kiły od sąsiada „zarażonego“. Wywiady podają: zamężna od lat 16-tu, nigdy dotąd nie chorowała, z nikim prócz męża stosunków płciowych nie miała, rodziła 8 razy, (5-te i 6-te dziecko zmarło po kilku tygodniach życia), sześcioro dzieci żyje, wszystkie przychodziły na świat zdrowe. Przed paru miesiącami spostrzegła zmiany na częściach rodnych. Chora z czworgiem swoich dzieci zgłasza się do szpitala już ze zmianami drugorzędnej kiły; u wszystkich wrzodu pierwotnego na pewno wykazać nie można a u dwojga tylko największe podejrzenie co do siedziby mieć można było na migdałkach. Dzieci zachorowały po matce w kilka tygodni, nie w jednym jednak czasie; różnica była zawsze po parę tygodni tak, że ostatnie, którego jeszcze ślad najprawdopodobniejszy na migdałku wykazać można było, zaraziło się w przeszło dwa miesiące po pierwszem dziecku a w cztery po matce. Co do zmian drugorzędnych, to dokładnego obrazu mieć nie można, gdyż chore nie przybywały ze zmianami świeżemi, ale jak n. p. matka ze śladami przebytych kłykcin obok kłykcin świeżych i ta forma u wszystkich przeważała; osutki nie zauważono w żadnym z tych przypadków.

Trzeci przypadek obejmuje cztery osoby od siebie zarażone i to: mamka Anna S., zaraża dziecko izraelickie, to zaś później drugą swą mamkę, Maryę G. i matkę własną. Jedynie wrzód wykazano na pewno na wardze u matki; zresztą nie można było wykazać siedziby wrzodu pierwotnego. Zmiany drugorzędne obserwowano u Anny S. i u dziecka. U mamki wystąpiła osutka guzkowa nader obfita, przytem kłykciny w gardle, na języku i uporczywa chrypka tak, że chora dopiero do 4-ro miesięcznem leczeniu wolna od zmian opuściła szpital. Dziecko przybyło już także bez wrzodu pierwotnego, ale z osutką plamistą, miejscami guzkową i ropniami na głowie i w okolicy brodawki sutkowej.

Ze względu na ważność etyologii podaliśmy dwa przypadki wrzodów na częściach płciowych usadowionych, które również policzyć należy do rodzaju kiły niewinnie nabytej. Pierwszy przypadek tyczy się wrzodu na prąciu u 9-cio miesięcznego chłopca, dziecka handlarza, które kiły dostało przy obrzezaniu. Wrzód pojawił się w czwartym tygodniu życia dziecka a więc w trzy tygodnie po obrzezaniu, które odbywa się w ośm dni po urodzeniu. Matka dziecka, która go karmiła, była zupełnie zdrową, ale dopełniający obrządku miał być chorym (według podania matki) na „zołzy w ustach“ i jeździł do Iwonicza; o większej liczbie przypadków podobnego zarażenia z tego samego źródła otoczenie nie wspomina. Dziecko przybyło ze śladami po wrzodzie w postaci wybitnego stwardnienia w okolicy wędzidełka a prócz znacznie obrzękłych gruczołów pachwinowych zmian nie było; przed dwoma miesiącami jednak miała być obfita osutka guzkowa, leczona poprzednio prywatnie. Dziecko zaraz z początku choroby leczone nie udzieliło kiły nikomu.

Drugi przypadek powyżej przytoczony a wychodzący nieco poza ramy niniejszego sprawozdania, stanowi wrzód wprawdzie na wardze sromnej większej położony, ale z przyczyny, z jakiej powstał, budzący wielki interes. Oto u służącej, 21 lat liczącej, z nietkniętą błoną dziewiczą, znachodzi się wrzód po stronie zewnętrznej wargi sromnej większej, powstały w parę tygodni po kąpieli z towarzyszką, po której chora użyła tej samej bielizny kąpielowej. U chorej towarzyszki wykazano kiłę, wymieniona zaś służąca przybywa do szpitala ze zmianami kiły wtórorzędnej pod postacią osutki guzkowej na skórze i kłykcin sączących na częściach rodnych i w ich sąsiedztwie, obok resztek niezagojonego jeszcze wrzodu na obrzękłej wardze sromnej prawej. W przeciągu 2 miesięcznego pobytu w szpitalu pojawia się nawrót choroby na skórze w postaci kolistych plam tak, że chora dopiero po 12-tu wstrzykiwaniach z *hydrargyrum oxyd. flav.* po 0·04 wychodzi bez zmian do domu. Przed przybyciem do szpitala jednak mieszka u stróżki Maryanny J., lat 38 liczącej, która zaraża, najprawdopodobniej skutkiem używania tych samych naczyń do jedzenia i picia, gdyż pierwszy objaw zakażenia u niej występuje na wardze górnej ust. Wspomniana stróżka zgłasza się w trzy miesiące po służącej, od której choroby nabyła, z wyraźnym jeszcze wrzodem, obfitą osutką plamistą i kłykcinami sączącemi na war-

gach wstydliwych i około stolca. Chora po sześciu tygodniach leczenia ogólnego powraca do domu, po kilku tygodniach jednak przybywa znowu do szpitala z nawrotem choroby w postaci osutki guzkowej, szczególnie na kończynach dolnych i kłykcin sączących na migdałkach, co wszystko ustąpiło wkrótce.

Co do sposobu występowania kiły i jej przebiegu, nie można stanowić pewnych reguł, bo na to składa się mnóstwo czynników, zawisłych tak od samego zarazka i od chorego, jak nie mniej i od okoliczności; w jednakich więc stósunkach powinna i choroba jednako przedstawiać się. Możnaby to wykazać na przypadkach kiły z jednego źródła nabytej a więc n. p. na przypadkach kiły rodzinnej. Niestety nie rozporządzamy takim materyałem, aby wysnuć jakieś stanowcze wnioski, przecież jednak pewne dane do takich wniosków doprowadzić nas mogą.

W pierwszym naszym przypadku kiły rodzinnej, powyżej opisanym, widzimy zmiany bardzo do siebie zbliżone tak u dziecka, jak i u matki z jednego źródła zakażonych. U obu tych osób zakażenie przedstawia charakter więcej złośliwy i u obu wywołuje szybko charłactwo. Mimo więc różnicy tak znacznej wieku, który według doświadczenia wpływa także na przebieg kiły, zmiany ogólne tak są do siebie podobne, że tu stanowczo sam jad bez wpływu pozostać nie mógł.

W drugim przypadku zmiany także wybitnie są do siebie podobne a chodzi tu także o wspólne źródło zakażenia u rodziny razem w jednych stósunkach żyjącej, u dzieci jednej matki, jednakowymi otoczonych wpływami i przedstawiających mniej więcej jednakowe własności fizyczne.

W trzecim wreszcie przypadku mamy do czynienia tylko z tem samem źródłem zakażenia, osoby zaś różnią się od siebie i wiekiem i sposobem życia i własnościami organizmu; mimo to postacie kiły u obu bardzo mało różnią się od siebie.

Już te trzy przypadki dają nam pewne wskazówki, że na objawy kiły wpływają bez zaprzeczenia wiele i siły fizyczne organizmu zakażonego i jego własności usposabiające i otaczające go wszystkie zewnętrzne stósunki, w których żyje, większe jednak jeszcze znaczenie ma sam jad, który całej sprawie chorobowej nadaje pewne wybitne piętno i od którego w pośród innych mniej lub więcej korzystnych stósunków zależy cały przebieg choroby.

W końcu składamy najserdeczniejsze podziękowanie prymaryuszowi oddziału, Wmu Doc. Dr. Zarewiczowi za pozwolenie użycia odpowiedniego materyału i udzielenie światłych rad i wskazówek w pracy niniejszej.

II. Z kliniki chirurgicznej prof. Rydygiera.

O leczeniu chirurgicznem zapaleń otrzewny.

(Według wykładu w sekcyi chirurgicznej VII. Zjazdu lekarzy i przyr. polskich we Lwowie).

Napisał

Dr. Leon Kryński,

asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 50).

W rozpatrzonej dotychczas grupie pierwszej według naszego podziału przypadków zapalenia otrzewny, cechę najcharakterystyczniejszą stanowiła jawność i wyrazistość ich etyologii. Przedziurawienie ściany któregoś z narządów jamy brzusznej, dające się wykazać wprost lub domniemane na zasadzie rozwijających się objawów ze strony otrzewny, stanowi dla chirurga tę pewną podstawę, na której opiera on swe postępowanie lecznicze. Odmiennie przedstawia się obraz patogenetyczny w drugiej grupie przypadków, gdzie punktem wyjścia zapalenia otrzewny są sprawy chorobowe, odbywające się w narządach brzusznych bez widocznego uszkodzenia całości ich ścian. Prostą i łatwą do zrozumienia jest patogeneza *peritonitis* tam, gdzie zmiany zapalne w otrzewnej stanowią następstwo przejścia *per continuum* sprawy zapalnej od wnętrza narządu. Jeżeli jednakże zapalenie to nie pozostaje miejscowem, ograniczonem do niewielkiej powierzchni otrzewny, odpowiadającej schorzałej części narządu, lecz ogarnia w krótkim czasie całą otrzewną, wybitnie zaznaczając zakaźny swój charakter, to przypuszczać należy, iż do jamy brzusznej przenikają w jakiś sposób czynniki chorobotwórcze, rozwijające swe działanie na odpowiednio już przygotowanym gruncie. Czy to przypuszczenie jest słuszne, na to postaram się odpowiedzieć na podstawie licznych badań, wykonanych w ostatnich latach. Sprawa przechodzenia drobnoustrojów przez ścianę przewodu jelitowego, a to właśnie jest punktem wyjścia zapaleń otrzewny tego rodzaju w ogromnej większości przypadków, ma podwójnie ważne znaczenie, raz ze względu na etyologię i powstawanie cierpienia, powtóre ze względu na zabieg leczniczy, którego wykonanie zależy od natury sprawy chorobowej. W stanie prawidłowym ściana jelitowa stanowi tamę dla drobnoustrojów stanowczo nieprzenikliwą. Czy istnieją stósunki, wśród których te zasadnicze jej własności mogą być zniesione lub przynajmniej ulegać zmianie? na to odpowiedzi różnych badaczów brzmią niezupełnie zgodnie. Zwykłem polem badań w tym względzie były zmiany wywołane przez zaciśnięcie pętli jelitowej, czy to w przepuklinach uwięzłych w przypadkach klinicznych, czy też zaciśnieniach sztucznych w doświadczeniach na zwierzętach. Tworzący się w tych stósunkach wysięk w jamie otrzewny czy też w worku przepuklinowym badano pod względem obecności w nim drobnoustrojów. Pierwsze doniesienia Nepvena[1]) o znalezieniu bakteryj w wodzie przepuklinowej podane zostały w wątpliwość przez badania Friedländera, Garrégo[2]), Rovsinga[3]), jakkolwiek obszerne badania Boeneckena[4]) klinicznie i doświadczalnie potwierdziły przechodzenie drobnoustrojów w pewnych okolicznościach przez ścianę jelitową. Różnice w otrzymanych wynikach są jednak znaczne. Gdy Boenecken we wszystkich ośmiu przypadkach klinicznych wykazał bakterye w wodzie przepuklinowej, Rovsing na pięciu nie znalazł ani razu, Garré na ośmiu wykrył tylko raz, Ziegler[5]) w przypadkach klinicznych u ludzi nie znalazł ani razu, za to znajdował u psów w uwięźnięciach wywołanych sztucznie. W badaniach swoich, jakie robiłem przed trzema laty w naszej klinice, w połowie badanych przypadków mogłem wykryć w wodzie worka przepuklinowego drobnoustroje w różnej ilości. Oprócz wymie-

---

[1]) Fortschritte d. Medic. 1883.
[2]) Ibid. 1886. 15.
[3]) Centralblatt f. Chirurgie. 1892. 32.
[4]) Virchows Archiv. 120.
[5]) Loc. cit.

nionych, badania Fraenkla[1]), Waterhousea[2]), Rittera[3]), w najnowszym zaś czasie Tavela i Lanza[4]), Arnda[5]), wreszcie Tietzego[6]), sprawę tę wyjaśniły znacznie. Obecnie pogląd nasz streścić możemy w sposób następujący:

Drobnoustroje mogą przechodzić przez ścianę jelitową zaciśniętej pętli a mówiąc ogólnie, dzieje się to w stósunku prostym do stopnia zaciśnięcia i wywołanych przez nie zmian w tkance tej ściany. Mimoto można znaleść bakterye w wodzie przepuklinowej nawet i w tych przypadkach, gdzie dostrzedz nie można zmian w pętli, którą uważać przeto należy klinicznie za „niepodejrzaną“ (Tietze) lub też niekiedy w obecności lekkich tylko zboczeń w krążeniu (Arnd). Rzecz prosta, nie stanowi to ścisłej zasady, którąby można z matematyczną ścisłością stósować do wszystkich przypadków; niekiedy wyniki badania bakteryologicznego są w niejakiej sprzeczności ze stanem zaciśniętego jelita, wykazując bardzo mało drobnoustrojów przy daleko posuniętych zmianach tkankowych w ścianie jelitowej lub też odwrotnie, dość znaczne ich ilości w uwięźnięciach stósunkowo świeżych. Pewne wskazówki w tym względzie dają nam i fizyczne własności wody przepuklinowej, która w początkowych okresach zupełnie czysta, surowicza, stopniowo mętnieje, ciemnieje i w przypadkach długo trwającego zaciśnienia przemienia się w płyn brudno krwawy i cuchnący. Tą różnorodnością stósunków objaśnić możemy odmienne wyniki badań różnych autorów. Jeżeli obok wymienionych powyżej stósunków zasadniczych, stopnia i trwania zaciśnięcia, zwrócimy uwagę na inne przypadkowe, lecz częstokroć niemniej ważne, jak wielkość zaciśniętej pętli, jej miejsce w stósunku do całego przewodu jelitowego, mniejsza lub większa obecność w niej kału, to zrozumiemy łatwo, że dla ściślejszego określenia stósunku zależności pomiędzy stopniem zakaźności wysięku w otrzewnej a samą sprawą chorobową w jelicie konieczne jest uwzględnienie całej sumy tych czynników współdziałających. W każdym razie dla nas najważniejszem jest stwierdzenie okoliczności, iż w pewnych stósunkach możliwe jest przechodzenie przez nieuszkodzone ściany przewodu jelitowego drobnoustrojów, które dalej w jamie otrzewny mają się rozwijać ze szkodą dla ustroju. Rzecz prosta, owo „nieuszkodzenie“ pojmować należy tylko makroskopowo, gołem okiem, gdy badanie mikroskopowe ściany takiego jelita wykazuje ważne zmiany histologiczne, umożliwiające taką emigracyę drobnoustrojów ku otrzewnej. Sprawa rozpoczyna się, jak to wykazał pierwszy Nicaise a co w ostatnim czasie potwierdziły badania Tietzego, zawsze od wnętrza, od błony śluzowej, której nabłonek ulega obrzmieniu i miejscami złuszczeniu, odsłaniając następne warstwy ściany jelitowej; jednocześnie występują zmiany w naczyniach — rozszerzenie i zakrzepy żył podśluzowych i kreskowych. Wśród tak zmienionych pierwocin czyli elementów komórkowych znaleść można drobnoustroje, dążące od powierzchni błony śluzowej ku zewnątrz na otrzewną.

---

[1]) Wiener klin. Wochenschrift. 1891. Nr. 30, 22.
[2]) Virchows Archiv. T. 119.
[3]) Ueber die Durchgängigkeit der Darmwand. 1890.
[4]) Loc. cit.
[5]) Mittheilungen aus Kliniken u. Instit. d. Schweiz. 4. Z. 1893.
[6]) Archiv f. klin. Chir. T. XLIX. s. 111.

Postępowanie lecznicze w tych przypadkach zapalenia otrzewny podwójne ma do spełnienia zadanie: 1⁰ usunąć przyczynę pierwotną, stanowiącą częstokroć już sama przez się niebezpieczeństwo dla chorego, 2⁰ leczyć powstałą w następstwie *peritonitis*. Jeżeli ową pierwotną przyczyną jest niedrożność jelitowa, na jakiemkolwiek tle powstała, to obydwa te wskazania wypełnione być mogą jednocześnie przez zabieg operacyjny — wykonanie laparotomii. Postępowanie to w przypadkach uwięzłej przepukliny nie ulega wątpliwości; co się tyczy niedrożności wewnętrznej, to i tę dziedzinę terapii w ciągu ostatnich lat zajęła dla siebie chirurgia. Odzywające się coraz rzadziej teraz głosy przeciwne kwestyonują już nie tyle potrzebę samej pomocy chirurgicznej, ile czas, w którym winno się ją stósować. Nie będziemy tu obszerniej zastanawiali się nad tą sprawą, gdyż musielibyśmy wkroczyć w obszerny zakres patogenezy i leczenia niedrożności wewnętrznej, odróżniania różnych jej postaci od siebie (*ileus mechanicus* i *ileus functionalis*), ich symptomatologii i wskazań leczniczych, słowem w całą tę ciekawą i nader ważną dziedzinę lecznictwa, w której schodzi się działalność chirurgii i medycyny wewnętrznej a w której nad przeprowadzeniem pomiędzy niemi granicy pracują obecnie umysły badaczów. Sprawa ta cała posunęła się bardzo naprzód dzięki badaniom klinicznym i doświadczalnym Wahla, Schlangego, Kadera, Zoege Manteuffla, Reichela, z najnowszych zaś polskich wspomnimy tu o pracy Obalińskiego[1]), na dużym opartej materyale.

Tak więc w przypadkach zapalenia otrzewny powstałych w następstwie spraw chorobowych przewodu jelitowego, z tych zaś najczęstszą przyczyną bywa zaciśnięcie pętli jelitowej, jedynie racyonalne postępowanie stanowi laparotomia.

Drogą tą usuwamy zboczenie pierwotne, będące przyczyną zapalenia otrzewny i jednocześnie możemy działać leczniczo i na nie. W przypadkach *peritonitis* na skutek uwięźnięcia wewnętrznego czy też przepukliny po laparotomii toaleta jamy brzusznej ważne ma znaczenie. Wysięk zapalny w otrzewnej lub płyn w worku przepuklinowym należy starannie usunąć przez wylanie, wymaczanie wacikiem z gazy sterylizowanej i wypłukanie otrzewny wyjałonym rozczynem soli czystym, lub z dodaniem według Tavela sody. Niektórzy autorowie, kierując się chęcią jak najdokładniejszego zniszczenia zarazków, polecali oprócz usunięcia wody przepuklinowej jeszcze staranną desinfekcyę uwięzłej pętli za pomocą mocnych rozczynów płynów antyseptycznych. Postępowanie to jest jednakże zupełnie bezcelowe a nawet szkodliwe. Rozczyny antyseptyczne w odpowiedniem stężeniu niewątpliwie mogą zniszczyć drobnoustroje znajdujące się na powierzchni otrzewny; ponieważ jednak dostały się one tu z wnętrza jelita, jednocześnie więc znajduje się pewna ich ilość w warstwach głębszych ściany jelitowej, pod otrzewną. Tam więc działanie antyseptyków ich nie dosięgnie, przeciwnie zaś niszczący wpływ tych płynów na śródbłonek otrzewny, nadzwyczajnie wrażliwej na bodźce tego rodzaju, ułatwi im dostanie się na powierzchnię, otwierając szeroki dostęp do jamy brzusznej.

---

[1]) O laparotomii w niedrożności jelit wewnętrznej (w Pamiętniku Oddz. chir. Szpitala św. Łazarza) Kraków 1893.

W klinice naszej jeszcze przed paru laty, pomimo zarzucenia przepłukiwań antyseptycznych jamy otrzewny, postępowanie to za przykładem Huetera stósowano zawsze w przypadkach przepukliny uwięzłej: pętlę jelitową, wyjętą z worka przepuklinowego przed zapuszczeniem do jamy brzusznej, opłukiwano starannie 5%-ym rozczynem karbolu, który zmywano następnie kwasem borowym. Postępowanie takie wówczas dość powszechnie przyjęte, aczkolwiek oparte na jednostronnem pojmowaniu antyseptyki, dziś zarzuciliśmy zupełnie i obecnie nie różni się ono zasadniczo od postępowania w innych przypadkach laparotomii w zapaleniu otrzewny: toaleta brzuszna jest wyłącznie aseptyczna i tylko w przypadkach wybitniejszych zmian w pętli jelitowej lub cuchnącego wysięku w worku stósujemy nieco jodoformu.

W najnowszych czasach, w obecnym okresie gorączki immunizacyjnej w leczeniu spraw zakaźnych robiono usiłowania pod tym względem i w celu uzyskania odporności na zakażenie jelitowe otrzewny: Burci[1]) za pomocą wstrzykiwań jałowych hodowli do otrzewny zdołał uodpornić zwierzęta na takie ilości hodowli *bacterium coli*, jakie w stósunkach zwykłych są śmiertelne, i odporność ta zachowała swą siłę w ciągu kilku miesięcy. Doświadczenia te jednakże nie przechodzą dotychczas po za granice pracowni doświadczalnych.

Jeżeli punktem wyjścia zapalenia otrzewny jest nie przewód jelitowy, lecz który z innych narządów jamy brzusznej, to postępowanie nasze lecznicze w ogólnych zarysach pozostanie takie samo. Tu jednak znajdziemy się w stósunkach o tyle pomyślniejszych, że dłużej zachowywać się możemy wyczekująco i nie spieszyć się z laparotomią. W ogóle, oznaczenie czasu, w którym stósować należy zabieg operacyjny, stanowi obecnie główny kamień niezgody pomiędzy zwolennikami leczenia chirurgicznego a jego przeciwnikami. Niestety, ścisłych danych, jakiegoś ogólnego wzoru, którym możnaby było kierować się we wszystkich przypadkach, niema i być nie może, gdyż czynnikiem rozstrzygającym zawsze tu będzie indywidualność danego przypadku chorobowego. „Operować należy wtedy, kiedy zachodzi potrzeba, ale nigdy później"; humorystyczne to określenie, wypowiedziane w formie żartu przez któregoś z chirurgów francuskich, zawiera jednak dla nas jedną ważną wskazówkę: nie wolno spóźniać się z operacyą. Jeżeli leczeniem chirurgicznem chcemy przynieść pomoc w zapaleniu otrzewny, to pomoc tę winniśmy stósować wczas. Zapewne, wykonanie laparotomii zbyt wcześnie lub tam, gdzie bez niejby się obyło, jest rzeczą niepotrzebną a dla chorego nieobojętną, choć w dzisiejszych stósunkach laparotomii próbnej nie można uważać za operacyę ciężką, ale o ileż cięższym grzechem jest pominięcie jej tam, gdzie mogłaby ona uratować chorego, usuwając radykalnie przyczynę zapalenia i dodając możności ustrojowi dalszej samoobrony. Rzecz prosta, każdy lekarz będzie i musi stósować od początku leczenie wyczekujące a stósować je dopóty, dopóki widzieć będzie jakąkolwiek zeń korzyść dla chorego. Skoro jednakże przekona się o bezowocności swych zabiegów, skoro stan chorego nie zdradza żadnego zwrotu ku lepszemu, to, nie czekając aż wystąpią objawy groźne, winien przezwyciężyć swą „nożofobię", jeżeli ją ma i wezwać do współdziałania chirurga, którego pomoc może stanowić jeszcze ostatnią deskę zbawienia.

Dwie ostatnie grupy, trzecia i czwarta, zapalenia otrzewny, nie przedstawiają z punktu widzenia chirurgicznego wielkiego interesu i o wiele rzadziej stanowią przedmiot zabiegów operacyjnych. W pierwszej z nich, obejmującej przypadki zapalenia otrzewny, zależne od przyczyn tkwiących po za jamą brzuszną, najpierwszem wskazaniem leczniczem jest odnalezienie i usunięcie przyczyny (sprawy zapalne w narządach klatki piersiowej, choroby kręgosłupa, żeber, miednicy i t. p.). Najczęściej wpływa to dobroczynnie na przebieg zapalenia otrzewny, która nie mając w sobie właściwego ogniska zakaźnego, zazwyczaj łatwo daje sobie radę z tym czynnikiem infekcyjnym, pozbawionym już zasilania ze strony źródła pierwotnego. Jeżeli jednakże nasilenie sprawy w otrzewnej jest tak wielkie, że ustrój zwalczyć go sam nie jest w stanie, jeżeli znajduje się wysięk ropny w znacznej ilości, jeżeli przytem zaczynają występować zboczenia ze strony innych narządów jamy brzusznej, to i wtedy pomoc operacyjna, ograniczając się tylko do otwarcia jamy, wypuszczenia wysięku i przepłukania otrzewny, może być zbawienną.

Jeszcze mniej ze względów leczniczych zajmują nas przypadki zapalenia otrzewny, należące do czwartej i ostatniej według naszego podziału kategoryi. Wogóle mówiąc, stanowią one rzadkość. Tu zaliczyć należy te przypadki, w których przyczyny określić nie jesteśmy w stanie, przypadki zapaleń samoistnych, tak zwanych reumatycznych lub też te, które dziś stawiamy w zależności od zakażenia otrzewny drogą naczyń krwionośnych *(haematogene Peritonitiden)*. Przypadki takie, bardzo nieliczne w literaturze, opisali Weichselbaum, Leyden, Renvers. Tu wreszcie odnosi się ciekawa i rzadka postać zapalenia, *peritonitis chylosa*, o ile nie powstaje ona na gruncie gruźliczym. Zapalenie otrzewny tego rodzaju wyjątkowo chyba tylko mogłoby wkroczyć w zakres leczenia operacyjnego. (Dokończenie nastąpi).

III. Dusznica bolesna prawdziwa *(angina pectoris vera)* a tętnice wieńcowe serca.

(Według wykładu w sekcyi medycyny wewnętrznej VII. Zjazdu lekarzy i przyr. polskich we Lwowie).

Podał

Prof. Gluziński.

(Dokończenie. Patrz Nr. 50).

Powaga Conheima sprawiła, że wyniki te zyskały prawo obywatelstwa w nauce, a to tem bardziej, że dawały dostateczną podstawę dla wytłómaczenia przypadków nagłej śmierci wskutek zmiany w tętnicach wieńcowych serca. Nic też dziwnego, że Fränkel na zjeździe internistów niemieckich w Wiesbadenie w 1891. r. w referacie swoim o dusznicy bolesnej oparł się na nich, przypisując im aktualne znaczenie. W dyskusyi jednak wystąpił Frey (z Lipska) odmawiając doświadczeniom tym tego znaczenia, jakie im dotąd przypisywano, twierdząc, że serce odkryte, jak w tych doświadczeniach, wystawione na wysuszanie i ochładzanie bardzo łatwo bez podwiązania tętnic wieńcowych popada w tak nieregularną czynność, a z drugiej strony,

[1]) Lo Sperimentale 1894. 7.

że niedokrewność mięśnia sercowego według obecnych doświadczeń fizyologicznych jest zjawiskiem względnie nieszkodliwem, powołując się w tym względzie na prace Wooldridgea i Tigerstedta.

Pojąć łatwo, że gdyby tak było, gdyby doświadczenia Conheima okazały się nieprawdziwe, brakłoby bardzo ważnej podstawy nawet dla wytłómaczenia nagłej śmierci wskutek zmian w tętnicach wieńcowych, bo o objaśnienie napadu samego dusznicy w związku ze zmianami w tętnicach wieńcowych z dotychczasowych doświadczeń nikt się nie kusił.

Sprawa tak zostać nie mogła. Odpowiedzią pośrednią na wywód Freya była praca Bettelheima z pracowni Bascha a bezpośrednią praca Michaelisa z kliniki Leydena.

Pierwszy równocześnie z wystąpieniem Freya ogłosił wynik doświadczeń na psach, które wykonał, zaciskając pień główny tętnicy wieńcowej, by przekonać się, jak zachowują się różne odcinki serca z osobna. Przekonał się, że lewa komórka słabnie, gdy w prawej parcie nie zmienia się a w przedsionku lewym nawet się podnosi czyli, że jest pewien zastój w krążeniu małem; Michaelis zaś powtórzył całe doświadczenie Conheima pod kierunkiem Gada tak na psach jak i królikach i przychodzi do wniosków, że nie jest usprawiedliwioną rzeczą, aby powątpiewać o wynikach Conheima, otrzymanych na psach. Następstwem podwiązania tętnic wieńcowych na sercu psa jest zupełne, nagłe i niepowrotne ustanie ruchów serca.

Frey wobec wyników Michaelisa wystąpił jeszcze raz, zbierając obok poprzednio podniesionych wszystkie dowody, odbierające znaczenie doświadczeniu Conheima i uprawniające go do wypowiedzenia zdania następującego: „O ile wolno wyniki takich doświadczeń przenieść na człowieka, to można z nich wysnuć wniosek, że zboczenia w czynności serca nawet takie, które występują napadowo, mogą pojawić się wskutek rozmaitych przyczyn. Wykazanie zatem zmian w tętnicach wieńcowych nie wystarcza, ażeby za życia spostrzegane objawy na pewne odnieść do nich“.

Tak sprawa stoi dzisiaj. Pozostała znaczna wątpliwość co do wyników, które tak ładnie się składały przynajmniej dla wytłómaczenia nagłej śmierci wskutek zmian w tętnicach wieńcowych serca. Kto jednak wśród tej nauki wzrósł, kto doświadczeniem klinicznem poprzeć je potrafi, tak łatwo popaść nie może w wątpliwość.

Jeszcze z czasów asystentury mojej klinicznej żywo mi jest w pamięci przypadek, który był niejako powtórzeniem w moich oczach na człowieku doświadczeń Conheima. Przypadek ten opisany przez prof. Korczyńskiego w *Przeglądzie lekarskim* 1887 r. pod tytułem: Zator tętnicy wieńcowej serca za życia rozpoznany, tyczył się kobiety w wieku lat 30, leżącej w klinice z rozpoznaniem: *Insufficientia valv. semil. aortae cum stenosi aortae ex endocarditide, aplasia arteriarum. Pleuritis serosa sinistra.*

Sam fakt, o który nam tu chodzi, opisuje prof. Korczyński w ten sposób: „W dniu 20. Czerwca o godzinie $8^3/_4$ z rana zmienił się nagle stan chorej w chwili, gdy odwrócony twarzą od chorej wykładałem przy sąsiedniem łóżku. Chora dotąd spokojnie w łóżku siedząca wydała nagle okrzyk bólu, chwyciła się ręką za okolicę serca i bezwładnie upadła na swe posłanie. Przyszedłszy natychmiast do chorej, spostrzegłem przedewszystkiem, że jest przytomna, że nie oddycha ani częściej, ani bardziej nasilonym sposobem, niż zazwyczaj, że na twarzy nie okazuje ani sinicy ani bladości, tylko niepokój, jaki spostrzega się u chorych w napadzie stenokardyi. Zapytana, co jej się stało, chwyta ręką za okolicę serca i podaje, że nagle doznała gwałtownego bólu w głębi klatki piersiowej. Zadawszy chorej to pytanie, ująłem bezwiednie prawie jej rękę i spostrzegłem, że tętno stało się bardzo rzadkiem, nie tracąc zupełnie na miarowości. Wynosiło ono 40 uderzeń na minutę i co do innych cech przedstawiało się tak, jak zazwyczaj poprzednio“.

Opuszczając dalszy opis zboczeń, na podstawie których prof. Korczyński oparł swe rozpoznanie, dodać winienem, że chora w 8—10 minut przy tętnie, które zwalniało do 24 na minutę, zakończyła życie. Sekcya obok zmian poprzednio przytoczonych wykazała rzeczywiście, jak protokół sekcyjny opiewa: *Embolia recens rami arteriae coronariae cordis sinistrae ad marginem posteriorem ventriculi sinistri.*

Zestawienie tego przypadku tak wspaniale ilustrującego zdanie Conheima z zapatrywaniami Freya i Tigerstedta dały mi pohop do przedsięwzięcia szeregu doświadczeń.

Cel wytknąłem sobie dwojaki:

Z jednej strony przekonać się, kto ma słuszność, Conheim i ci, którzy zapatrywanie jego potwierdzają czy też Frey i ci, na których on się opiera; z drugiej strony, w razie potwierdzenia wyników Conheima, wejrzeć głębiej i zastanowić się, jak należałoby wytłómaczyć sobie zjawiska przy podwiązaniu tętnic wieńcowych spostrzegane, i czy tą drogą nie dałoby się zyskać pewnych danych dla objaśnienia samego napadu dusznicy bolesnej.

Doświadczenia, z których sprawę zdałem na innem miejscu [1]), uprawniają mię stanąć całkiem stanowczo po stronie Conheima i wypowiedzieć zdanie, że podwiązanie tętnic wieńcowych serca jest bardzo niebezpieczne i przebiega tak, jak to przedstawił Cohnheim z tym dodatkiem, że główne pnie nie są jednakiego znaczenia, jak to chce Cohnheim, bo podwiązanie n. p. *r. circumflexus* jest daleko niebezpieczniejsze, niż podwiązanie *r. descendens.* Doświadczenia te dalej pouczyły mię, że podwiązanie głównych pni tętnic wieńcowych serca obniża czynność ośrodków nerwowych, przynajmniej hamujących serca, że więc nie w nich należy szukać źródła dla wytłómaczenia pewnych objawów przy podwiązaniu tętnic wieńcowych serca, n. p. zwolnienia ruchu serca, który ma dla nas z tego powodu szczególne znaczenie, że go stwierdzamy w tych okolicznościach u ludzi (przypadek opisany i wiele innych w literaturze). — Przyczyny tego objawu według moich doświadczeń, biorąc analogią z zachowania się innego mięśnia prążkowanego n. p. *gastrocnemius*, pozbawionego nagle dopływu krwi, upatrywać należałoby w zachowaniu się samego mięśnia sercowego, w obniżeniu jego pobudliwości wynikłej ze zmian odżywczych, jakie występują wskutek nagłego przerwania prądu krwi.

Zwrócenie to uwagi na zachowanie się mięśnia sercowego, wykazanie najprawdopodobniejszej przyczyny zwolnienia ruchów serca w tych razach w obniżeniu pobudliwości mięśnia sercowego i to z przyczyny zboczeń odżywczych,

---

[1]) Rozpr. Wydz. mat.-przyr. Akad. Umiej. w Krak. T. XXIX.

obok teoretycznego znaczenia może mieć i praktyczne zastósowanie dla nas, zwłaszcza dla rokowania napadu *anginae pectoris coronariae*.

Daleko więcej możemy się obawiać dla chorego napadu, wykazawszy podczas niego zwolnienie tętna, bo świadczyć to będzie, że zboczenia w naczyniach serca są poważniejsze, jeżeli pobudliwość mięśnia sercowego opadła, aniżeli, jeżeli tętno znajdziemy co do liczby nie zmienione. Nic nam bowiem nie stoi na przeszkodzie, aby wobec obserwacyi klinicznej, poparcia ze strony anatomo-patologicznej nie przenieść na człowieka rezultatów zdobytych doświadczeniem na zwierzęciu, aby nie powiedzieć, że zmiany patologiczne w tętnicach wieńcowych nie dopuszczające przepływu krwi, są analogiczne w skutkach z zaciśnięciem tętnic u zwierzęcia, uwzględniając oczywiście różnice gatunkowe, rozmaite stósunki, mogące wpłynąć na przebieg, jak zmiany patologiczne w mięśniu sercowym, powolne wytwarzanie się zmiany i t. d., czego wszystkiego naturalnie na zwierzęciu naśladować nie podobna.

Klinicznie, jak wiemy ze zmianami temi, anatomiczno-patologicznemi w tętnicach wieńcowych serca wiążemy napadowo występujący zbiór objawów, który nazywamy dusznicą bolesną (*angina pectoris*) prawdziwą. Na początku wspomniałem o rozmaitych teoryach, mających nam wytłómaczyć istotę tego napadu, teoryach, które jednak wystarczyć nie mogą. Na podstawie doświadczeń moich zwrócić uwagę naszą muszą zmiany funkcyi mięśnia sercowego i pewna analogia w skutkach między zachowaniem się mięśnia, n. p. *gastrocnemius* po wstrzymaniu dopływu krwi a mięśnia sercowego w tych stósunkach i zobaczmy, czy na tej podstawie nie dałaby się utworzyć teorya napadu *anginae pectoris*. Gdyby takiej myśli nie było, musiałbym ją podjąć teraz.

W r. 1870. Potain podał teoryę *ischaemiae myocardii*, biorąc porównanie z objawów, jakie występują n. p. na kończynie dolnej, jeżeli w tętnicy udowej lub jej rozgałęzieniach mamy zmiany powstrzymujące tą drogą dopływ krwi należyty (zakrzep *art iliacae*, zmiany sklerotyczne w zgorzeli wiekowej, choroba Raynauda). Objawy te opisał Charcot nazywając je: *claudication intermittente par obliteration arterielle*. Objawy te znane nam są z własnego doświadczenia. Ludzie dotknięci tą zmianą w spokoju mogą niedoznawać żadnych zboczeń; jeżeli jednak wykonają trochę forsowniejszy ruch kończyną, występują u nich napady szalonego bólu w tej kończynie, do czego się przyłącza ochładzanie kończyny, kurczowe ściąganie mięśni i osłabienie ruchów. W spokoju krążenie oboczne jeszcze wystarczało, dopiero gdy mięśnie wykonały większą pracę a do niej zapotrzebowały większego dopływu krwi, wtedy wystąpiły objawy, jakie występują przy zupełnem powstrzymaniu krążenia w kończynie, t. j. głównie ból a następnie osłabienie ruchowe.

Podobnie dzieje się z sercem, które mimo zmian n. p. sklerotycznych w tętnicach zwężających znacznie ich światło w spokoju nie daje objawów, ale niech zajdzie potrzeba dla tego serca większej pracy a krążenie w niem może okazać się niedostatecznem i powstać *ischaemia myocardii* ze swoim pierwszym objawem, t. j. bólem, a będzie to krążenie zupełnie przerwane na odpowiednim obszarze i na odpowiedni czas, to do bólu przyłączą się objawy dalsze, zwłaszcza osłabienie motoryczne serca w sposób znany z kliniki, a których objaśnienie starałem się dać na podstawie doświadczalnej. *Ischaemia myocardii* to podstawa i przyczyna napadu dusznicy bolesnej, a pojąć łatwo, jeżeli sprawę tak postawimy, że niekoniecznie zboczenia anatomiczne w samych ścianach naczyń wieńcowych, lecz i inne zboczenia w narządzie krążenia, które przyczynią się do *ischaemii myocardii*, jak n. p. *stenosis aortae et insuficientia valv. semil. aortae* napad wywołać mogą, a one mogą one być tem częstsze i gwałtowniejsze, jeżeli równocześnie mamy zmiany w tętnicach wieńcowych.

IV.

Otrzymujemy następujące pismo:

Szanowna Redakcyo!

Ze względu na doniosłość sprawy upraszam o umieszczenie w łamach *Przeglądu lekarskiego* kilku uwag, jako odpowiedzi na artykuł prof. Bujwida umieszczony w Nrze 49. pod tytułem: Badanie mleka na rynku krakowskim pod względem obecności bakteryj w ogóle a bakteryj gruźliczych w szczególności. Na podstawie wyników badań, na bardzo wielkim materyale bydlęcym w szkołach weterynarskich, jak w Berlinie, Curham, Dreznie, Kazanie, Kopenhadze, Lugdunie, Sztutgarcie, Utrechcie z wyjątkiem Alfortville, jakoteż opierając się na własnych badaniach w oborze szkoły czernichowskiej, ogłoszonych w *Monatschrift für Thierheilkunde* w r. 1892. Nr. 7, nie mogę zgodzić się z zapatrywaniem prof. Bujwida, jakoby tuberkulina była doskonałym środkiem rozpoznawczym w gruźlicy bydlęcej; występuje bowiem po zaaplikowaniu tego środka także reakcya *(hyperthermia)* często u bydła zupełnie zdrowego (Siedamgrotzky, Johne), przynajmniej u 6%, oraz u zwierząt niegruźliczych, lecz dotkniętych n. p. rozedmą płuc, ropniami w płucach lub wątrobie, motylicą, bąblowcami, promienicą, zapaleniem śródsierdzia urazowem, jakoteż i zapaleniem wymienia. Również występowała reakcya w marskości wątroby (*cirrhosis hepatis)* i leukocytemii, jak wykazał Nocard, który zresztą jest zwolennikiem tuberkuliny. Lecz, co gorsza, nie występuje często reakcya u bydląt w wysokim stopniu gruźliczych (Bang, Johne, Lydtin). O korzystnych wynikach, jakie miał otrzymać prof. Bujwid w swoich doświadczeniach, nie mogę sądzić, bo nie zdołałem nigdzie odszukać odnoszących się do tego publikacyj; powszechnie wiadomo jednak wszystkim zajmującym się gruźlicą bydlęcą, że w obec niepewnych wyników, otrzymywanych za pomocą fizycznego badania a tem więcej za pomocą tuberkuliny, z wyjątkiem sekcyi podejrzanego zwierzęcia, jedynym, najlepszym środkiem rozpoznawczym jest wszczepianie śródotrzewnowe a nie podskórne mleka podejrzanego morskim świnkom a nigdy królikom. (Arloing, Verneuil, Bollinger, Ernst, Feser i Friedberger). Zwierzęta te bowiem są na jad gruźliczy tak wrażliwe, że już w 10—12 dni po injekcyi występuje u nich ogólna gruźlica prosówkowa ze wszystkiemi, anatomicznemi i mikroskopowemi cechami, jeżeli mleko zawierało, chociażby nadzwyczaj małe ilości prątków gruźliczych. Przypuszczam zatem, że gdyby prof. Bujwid przeprowadził był w ten sposób doświadczenia z mlekiem krakowskiem, prawdopodobnie otrzymałby był inne wyniki, aniżeli te, które ogłosił.

Wracając jeszcze do tuberkuliny, dodać muszę, iż szczepienie tym środkiem przedstawia w praktyce wielkie trudności techniczne w połączeniu z bardzo znacznymi kosztami, które ze względu na wielce wątpliwej wartości wynik, nie pozostają w żadnym stósunku do pracy i nakładu. Chcąc bowiem n. p. 40 sztuk bydła zbadać, potrzeba do tej czynności najmniej 10 inteligentnych pomocników do mierzenia ciepłoty, oznaczania liczby tętna i oddechów, oprócz tego trzeba zakupić odpowiednią liczbę termometrów i stósowną ilość tuberkuliny, 0·50 na sztukę po 1 złr. 80 ct. czyli za 36 złr. Ażeby badanie było ścisłe, należy na dwa dni przed szczepieniem oznaczyć ciepłotę ranną, południową i wieczorną, tem więcej, że ciepłota u bydła nie jest tak stała, jak n. p. u konia. Jedne bowiem zwierzęta okazują rano 38·5°, wieczór 39° C., inne zaś rano okazują już nawet 39° C. a wieczór 39·5° C. Po zaszczepieniu należy przez 24 godz. oznaczać ciepłotę, tętno i liczbę oddechów co dwie godziny celem wyśledzenia hipertermii, która zwykła występować w 15 godzin. Ponieważ oznaczanie ciepłoty odbywa się za pomocą ciepłomierza, wprowadzanego do odbytu lub pochwy, przeto bydlęta szczególnie wrażliwe lub złośliwe stawiają opór, przyczem siebie termometrem lub badającego uszkodzić (kopnąć) mogą. Z tych więc powodów badania dotychczas przeprowadzano zwykle tylko w wielkich zakładach naukowych, przy pomocy materyalnej rządu, jak n. p. w Prusach a fizycznej studentów.

Również nie podzielam zdania prof. Bujwida ani ja ani inni, jakoby gruźlica bydlęca udzielała się drugim zwierzętom przez zetknięcie. Wiadomo bowiem, że gruźlica jako choroba zaraźliwa wewnętrzna przenosi się na inne zwierzęta bądź przez wetchnięcie zarazka, wydechniętego z chorych płuc lub z rozpylonych zaschłych plwocin, bądź też bardzo często za pośrednictwem przewodu pokarmowego przez spożycie plwocin lub, jak bywa najczęściej, mleka zawierającego prątki gruźlicze. Oprócz tego nastaje zakażenie płodu w łonie matki gruźliczej, t. zw. zakażenie łożyskowe lub też za pośrednictwem nasienia, jeżeli stadnik, jak to na nieszczęście bywa nie rzadko, dotknięty jest gruźlicą jąder, t. zw. zakażenie przez nasienie, czyli germinatywne.

Na zarzut, iż dotychczas w sprawie gruźlicy u nas nic nie robiono i aż dopiero prof. Bujwid musiał nam zwrócić uwagę, oświadczam, iż prof. B. się myli; kwestya gruźlicy bowiem zajmowała nas tak dobrze a może i więcej, aniżeli za granicą. Pomijając pracę wyczerpującą prof. Seifmana z podaniem środków zaradczych, drukowaną w *Przeglądzie weterynarskim* w r. 1888, oraz krytyczną publikacyę w tymże dzienniku prof. Królikowskiego o wartości tuberkuliny, jako środka rozpoznawczego w gruźlicy bydlęcej oraz moje publikowane doświadczenia z tuberkuliną, dokonane w oborze czernichowskiej, zwracam uwagę, że na mój wniosek na V-tym zjeździe lek. i przyrod. polskich wypracowano projekt do ustawy przeciw gruźlicy, który na VI. zjeździe lek. i przyrod. przyjęto a następnie władzom państwowym przedłożono. Rząd wraz z Wydziałem krajowym jako początek wydał w r. 1888. ustawę, ograniczającą w wysokim stopniu sprzedaż mięsa gruźliczego. Obecnie zajmują się tą sprawą Rada państwa, Wydział krajowy i tutejsze Towarzystwo rolnicze oraz hodowcy, dążąc nie do szczepienia tuberkuliną, lecz do wliczenia gruźlicy do chorób stadnych, objętych ustawą z r. 1880. z zamiarem tępienia, t. j. wybijania bydła gruźliczego notorycznie jak i podejrzanego, podobnie, jak przy księgosuszu i zarazie płucnej, które dzięki wymienionej ustawie prawie w zupełności opanować nam się udało. Z uwagi jednak, że wytępienie kilkudziesięciu a może nawet, wobec bardzo znacznego rozpowszechnienia się gruźlicy między bydłem, kilkukroć stotysięcy zwierząt w wartości wielu a wielu milionów, stanowiłoby w razie niewynagrodzenia szkody ruinę kilku tysięcy rodzin, wynagrodzenie zaś zupełne za wybite bydło przechodzi możność kraju a nawet państwa, przeto sprawy tak ważnej nie można załatwić doryweczo. Z tych też powodów ani w Austryi, ani w Niemczech, ani we Francyi nie zdołano jeszcze dotąd uporać się z gruźlicą. *Prof. Dr. A. Walentowicz.*

V. Oceny i sprawozdania.

Chirurgia.

B o g d a n i k: **O leczeniu operacyjnem wypadłej odbytnicy.**

Autor rozbierając kolejno dotychczas używane sposoby krwawego leczenia wypadłej odbytnicy, roztrząsa ich zalety i strony niekorzystne a wykazawszy, że pomiędzy temi operacyami najwięcej się nadaje resekcya odbytnicy, opisuje przypadki przez siebie operowane. Resekcyę wykonał on według sposobu podanego przez Mikulicza a znanego czytelnikom *Przeglądu lekarskiego* z prac Górskiego i autora (rok 1887. Nr. 9. i 1889. Nr. 44). Na podstawie własnego doświadczenia twierdzi autor, iż resekcya nie przedstawia większych trudności technicznych i że blizna pooperacyjna dostatecznie zwęża światło kiszki, iż recydywa zdaje się nie możebną. Tylko Nélaton opisuje przypadek, w którym Perier w Czerwcu r. 1888. wykonał resekcyę i już w dniu 25. Lipca tegoż roku przedarła się młoda blizna poza ujściem stolcowem i tędy wypadła pętla jelita na 25 cm. długa.

Bogdanik doznał przeciwnie w jednym przypadku, iż blizna pooperacyjna po upływie roku tak silnie zwęziła światło kiszki, iż nawet najcieńszy zgłębnik elastyczny do odbytnicy wsunąć się nie dał i nastąpiła całkowita niedrożność przewodu pokarmowego. To skłoniło autora, iż obmyślił nowy sposób operacyjny, chociaż się przekonał, iż we wspomnianym przypadku do niedrożności przyczyniła się dyeta nieodpowiednia; znalazł bowiem w kiszce nagromadzone ciała obce jako to: pestki ze śliwek, łupiny jaj i ziemniaków, kawałeczki korka i t. d. N o w y t e n s p o s ó b o p e r a c y j n y p o l e g a n a p r z y s z y c i u k i s z k i d o o t r z e w n y ś c i e n n e j. Operacyę wykonywa się w następujący sposób: Cięcie brzuszne po stronie lewej wzdłuż więzu Pouparta. Po otwarciu jamy otrzewnowej uwolnienie wgłobienia i przyszycie kilku szwami otrzewny kiszki wypadłej do otrzewny ściennej, wreszcie zaszycie typowe rany po cięciu brzusznem. Operacya ta zdaniem autora nie sprawia ani znaczniejszych trudności technicznych, ani też nie naraża chorego na większe niebezpieczeństwo wobec rozwiniętej antyseptyki i aseptyki. B. uważa jednak wszelki zabieg krwawy jedynie w tych przypadkach za usprawiedliwiony, w których nie wystarczają inne sposoby lecznicze. Przeciwwskazaniem do przyszycia kiszki zdaniem autora są jedynie przypadki wypadnięcia, w których pomiędzy ścianami wypadłej kiszki powstały zrosty.

Operacyę tę wykonał B. w Maju b. r. na dziewczynce półtrzecia roku liczącej. Wypadnięcie na 8 cm. długiego kawałka. Wypadła kiszka pokryta owrzodzeniami i wydzieliną śluzowo ropiastą dała się łatwo odprowadzić, z powodu jednakże zwątlenia zwieracza i parcia natychmiast wypada. Dziecię niedokrewne, źle odżywione krzyczy dniami i nocami z powodu bólów i nie może ani siedzieć ani leżeć. W dniu 10. Maja r. b. przystąpiono do operacyi po odpowiedniem przygotowaniu, polegającem na tem, iż dniem

przedtem dziecię skąpano i przeczyszczono a przed operacyą dano również kąpiel i kropelkę nalewki makowca (*tinctura opii*). W narkozie chloroformowej poprowadzono cięcie przez lewy dół biodrowy nieco skośnie z góry na dół i ku wewnętrznej stronie. Przeciąwszy wszystkie warstwy powłoki brzusznej wszedł B. palcami do jamy otrzewnowej a uchwyciwszy kiszkę zstępującą jak najniżej, pociągnął ją ku górze, poczem po użyciu stosunkowo małej siły dała się wciągnąć do jamy otrzewnowej. Następnie ustalił asystent kiszkę, pociągając ją lekko ku grzebieniowi kości biodrowej a B. przyszył ścianę kiszki do otrzewny ściennej po stronie lewej, szyjąc od dołu do góry katgutem karbolowym a następnie od góry na dół po prawej stronie aż dotarto do miejsca w dolnym kącie rany, od którego rozpoczęto przyczepianie kiszki do otrzewny. Tym sposobem kiszka całkowicie zaparła wejście do jamy otrzewnowej; przy szyciu zaś uważano na to, aby igłą nie przebić całej grubości ściany kiszki. Ranę w ścianie brzusznej zaszyto szwem piętrowym. Operacya i opatrzenie aseptyczne; tylko na ujście stolcowe przyłożono zwitek gazy jodoformowej. Wewnętrznie podano kropelkę nalewki makowca i dyetę płynną. Przebieg pooperacyjny był zadowalniającym, lecz dnia 19. Maja wydzieliła się z dolnego odcinka rany cuchnąca ropa a 5. Czerwca musiano przeciąć ropień na wzgórku łonowym. Dziecię opuściło szpital całkiem wyleczone 10. Czerwca.

Zdaniem autora operacya ta nie nastręcza większych trudności, ani nie naraża na większe niebezpieczeństwa, aniżeli resekcya kiszki; odnosimy zaś tę korzyść, iż nie skracamy wcale przewodu pokarmowego a blizna wytworzona powinna wystarczać dla zapobieżenia dalszemu wypadnięciu. W końcu rozprawki zaś zadaje sobie B. pytanie, czy po tej operacyi da się uniknąć ropienia w okolicy rany; tutaj bowiem obok przyczyn zależnych od samej operacyi, t. j. unikanie zanieczyszczenia pola operacyjnego palcami, narzędziami i t. d. i z tem się liczyć musimy, że mamy do czynienia ze schorzałą kiszką. Ściana jej jest zawsze zgrubiałą a błona śluzowa okazuje nadżerki i owrzodzenia, nie trudno zatem o zakażenie rany. Tem snadniej ono nastąpić może, gdyby podczas przyszycia kiszki do otrzewny przebiło się igłą całą grubość ściany kiszki. Aby tego uniknąć, należy uważać, żeby igłą nie przebić całej grubości ściany kiszki. Jednakże i przez nieuszkodzoną ścianę kiszki substancye zakaźne dostawać się mogą, jak to codziennie widzimy przy ropniach w sąsiedztwie przewodu pokarmowego. Dla tego też radzi autor wprowadzać czopki jodoformowe przez ujście stolcowe do odbytnicy codziennie po operacyi.

Pomysł B., aby od strony otrzewny dostawać się do kiszki wypadłej, różni się od dotychczasowych zabiegów krwawych, w których właśnie unikano starannie otrzewny i zasługuje na uwagę. Rozprawkę kończy wyciąg z literatury. *Przegląd chirurgiczny*. Tom II. Z. I. *B.*

Farmakologia.

Béla Szalay (w Budapeszcie): **Wodobromek skopolaminy** *(scopolaminum hydrobromicum)* **u obłąkanych.**

W ostatnim czasie wprowadzono do terapii nowy środek rozszerzający źrenicę, *scopolaminum hydrobromicum*. Otrzymał je pierwszy Schmidt z korzenia rośliny *scopolia atropoides*; według niego jest połączenie powyższe blisko spokrewnionem z atropiną i hioscyną. Próbowano nowego środka jako leku uspakajającego w podnieceniu u umysłowo chorych i jako nasennego a to ze skutkiem dosyć dobrym. Według Ernesta działa 0·25—0·6 miligr. podskórnie wstrzyknięte często, miligram prawie zawsze uspakajająco i usypiająco. Wobec tego stósował Szalay, lekarz pomocniczy w krajowym zakładzie dla obłąkanych w Budapeszcie, środek ten u 39 obłąkanych niewiast. Pod względem sposobu działania porównać można nowy ten lek z hioscyną i duboazyną; wszystkim tym trzem środkom wspólne są: rozszerzenie źrenicy, porażenie dróg motorycznych i w pewnej mierze także działanie usypiające. Najmniej działa nasennie skopolamina; chloralu, morfiny, sulfonalu i t. p. nie może ona wcale zastąpić a hioscynę i duboazynę tylko w sposób niedostateczny.

Z doświadczeń swych wysnuwa Szalay następujące wnioski: 1) *Scopolaminum hydrobromicum* nie nadaje się jako lek nasenny. 2) Jako lek kojący skutkuje ono w każdym przypadku. 3) Nieprzyjemnych działań ubocznych nie spostrzeżono. 4) Średnia dawka do wstrzykiwania jest 1·6—2·0 miligramów. 5) U chorych, u których hioscyny i duboazyny z powodu przyzwyczajenia się lub innych przyczyn nie można zadawać, jest wodobromek skopolaminy dobrym środkiem zastępującym te alkaloidy. *(Gyógyászat.* 1894. Nr. 7).

Dr. Bf.

Choroby nerwowe.

Béla Nagy (w Budapeszcie): **O działaniu hioscyny w napadzie histeroepileptycznym.**

W klinice psychiatrycznej budapeszteńskiej używają od wielu lat hioscyny z dobrym skutkiem. Celem dokładnego zbadania działania tego leku wybrał Nagy, asystent tejże kliniki, 5 kobiet dotkniętych histeroepilepsyą, u których napady drgawek powtarzały się dosyć często i w znacznym stopniu. Środek ten wstrzykiwano podskórnie jako *hyoscinum muriaticum*. Ponieważ doświadczenia tyczyły się kobiet histeroepileptycznych, postanowił N. rozstrzygnąć, czy ten korzystny wpływ nie następuje przez poddawanie czyli sugestyę. Pod tym względem przekonał się N. za pomocą odpowiednich doświadczeń, że hioscyna jest rzeczywistym środkiem przeciwkurczowym i nasennym i że o działaniu sugestyjnem mowy być nie może. Rezultat doświadczeń swoich zestawia Nagy w następujących wnioskach:

1) Hioscyna przerywa napad zarówno dopiero powstający, jakoteż i już rozwinięty. 2) W największej liczbie przypadków sprowadza ona sen. 3) Działanie jej następuje po 5—20 minutach. 4) Miligram wystarcza średnio do skutku. 5) Wyższego stopnia objawy zatrucia nie występują po takiej dawce. 6) Nawet w razie dłuższego używania nie znika działanie hioscyny. *(Orvosi hetilap.* 1893. Nr. 41). *Dr. Bf.*

Zapiski terapeutyczne.

— Ziemssen (w Monachium): O niektórych nowszych lekach i sposobach leczniczych. Ponieważ klinicy w pierwszym rzędzie mają obowiązek badania nowych leków pod względem ich skuteczności i przydatności, przeto autor zdaje pokrótce sprawę ze swoich w tej mierze doświadczeń.

Laktofenina, przetwór pod względem chemicznym i terapeutycznym do fenacetyny najbardziej zbliżony, działa równie, jak ona antynewralgicznie i antypiretycznie a ma się różnić od niej tem, że według Jakscha, Jacqueta i innych wytwarza uczucie euforyi, coby mu nadawało szczególniejsze znaczenie w chorobach gorączkowych z objawami podniecenia, uczuciem niedogody, bezsennością, n. p. w durze brzusznym tudzież w newralgiach gośćcowych i w migrenie. Laktofeninę zadaje się w tej samej ilości, co i fenacetynę.

Ferratyna jest to białkan żelaza przez Schmiedeberga z wątroby wieprzowej otrzymany a obecnie fabrycznie wyrabiany. Znaczenie fizyologiczne połączenia białka z żelazem uprawnia do nadziei, że będzie to przetwór pod względem terapeutycznym nadzwyczaj przydatny tembardziej, iż w proszku nie ma wcale smaku nieprzyjemnego. Z doświadczeń bardzo ścisłych Gerulanosa w klinice autora wypada, iż ferratyna jest bardzo dobrym i nader łatwo strawnym przetworem żelezistym, pod względem terapeutycznym wszakże, przynajmniej zadawana w ilości zaleconej przez Schmiedeberga (po 0·50—1·00), nie może mierzyć się ze skutecznością w blednicy (*chlorosis*) wielkich dawek żelaza, jak je zaleca autor, co tłómaczy się znaczną różnicą ilości żelaza w ferratynie i pigułkach Blauda, podawanych w wielkiej liczbie. Można się też spodziewać, iż ferratyna zadawana

w bardzo wielkich dawkach będzie działać równie skutecznie, jak pigułki Blauda i płynny roczyn białkanu żelaza według Dreesa, ale zastósowaniu ferratyny w ten sposób stoi na zawadzie wysoka jej cena.

Wiadomo, iż *tinctura strophanti* jestto podobnie jak *tinctura digitalis*, którą by autor z największą chęcia usunął ze spisu leków, przetwór niestały, ztąd działający niejednostajnie a nieraz nawet wywołujący wymioty. Otóż zdaje się, iż *tinctura strophanti* da się bardzo dobrze zastąpić strofantyną, która nie działa zbiorowo, jak naparstnica. Autor zadaje dorosłym dwa razy dziennie po miligramie.

Z uwagi, że kwas salicylowy, najczęściej, jak wiadomo, w postaci salicylanu sodowego stósowany, ma smak bardzo przykry i ztąd nieraz natrafia na opór ze strony chorych, zaleca autor podawanie salicylanu sodowego w lawatywach (2 do 3 gramów na 15 do 20 gramów wody). Wessanie następuje prawie tak rychło i tak zupełnie jak przez żołądek a unika się nieprzyjemnego smaku i nudności.

Zdaniem autora prostnica (*rectum*) nadaje się do zadawania wielu leków o smaku bardzo nieprzyjemnym, jak n. p. cebulica *(scilla)*.

Podobnie zaleca autor używanie kwasu salicylowego w postaci maści, do czego nadaje się bardzo dobrze przepis:

151) Rp. *Acidi salicylici*
Olei terebinthinae rectif.
aa 10·00
Lanolini 30·00
Ungti paraffini 50·00

Że kwas salicylowy w ten sposób na skórę użyty przechodzi przez nią, dowód najlepszy w tem, iż już w $1/2$ godziny po wtarciu maści okazuje się w moczu kwas salicylurowy. Terpentyna ułatwia wessanie, nie jest jednak koniecznie potrzebna.

Pod względem odżywiania chorych zwraca autor uwagę na dwa przetwory, na aleuronat czyli pewien rodzaj białka roślinnego, którego skład chemiczny i wyrób jest dotychczas tajemnicą, nadający się bardzo dobrze dla cierpiących na moczówkę cukrową, łatwy do podawania w formie chleba lub biszkoptów i na sok wyciśnięty ze świeżego mięsa daleko lepszy od sprowadzanych przetworów zamorskich z mięsa a dający się łatwo zrobić w każdej aptece. Pacyentom, którym smak soku mięsnego jest wstrętny, zaleca autor przetwór ten w formie lodów przez dodanie koniaku, cukru i wanilii w ten sposób, iż poleca aptekarzowi zrobienie ze świeżego mięsa soku, który przesyła cukiernikowi do przerobienia na lody.

W ten sposób można chorym n. p. na dur brzuszny wprowadzić z łatwością do żołądka dziennie i 200 gramów soku mięsnego, co też autor zaleca gorąco bardzo na podstawie własnego doświadczenia. *(Münchener med. Wchschft.* 11. Grudnia 1894).

— O. Leichtenstern: O obrzęku śluzakowym i leczeniu otyłości substancyą gruczołu tarczykowego. Kobieta 65-letnia, cierpiąca od kilku lat na obrzęk śluzakowy ze wszystkiemi charakterystycznemi przypadami, dostawała dziennie po 1 do 2 pastylek t. zw. *Thyroid gland Tabloids* od firmy Burrougks-Wellcome w Londynie i wyzdrowiała po kilku tygodniach zupełnie, przyczem ciężar ciała w przeciągu 6 tygodni zeszedł z 76·3 na 68·0 kilogramów a ilość moczu w pierwszym tygodniu tego leczenia powiększyła się bardzo znacznie.

To znaczne zmniejszenie się ciężaru ciała w obrzęku śluzakowym po zadawaniu substancyi gruczołu tarczykowego czyli zanik wodą przesiąkłej tkanki tłuszczowej obok powiększenia się znacznego ilości moczu, naprowadziły autora na pytanie, czy też i prawdziwy tłuszcz u otyłych zanika podobnie, jak w obrzęku śluzakowym po zadaniu substancyi gruczołu tarczykowego.

Odpowiedź dało doświadczenie; jakoż u 24 otyłych z ogólnej liczby 27 poddanych leczeniu przez zadawanie wewnętrznie przerzeczonych pastylek ze substancyą gruczołu tarczykowego, zatem u 89% ciężar ciała zmniejszył się niewątpliwie a zmniejszenie to wynosiło od 1 do 5 kilogramów w pierwszym tygodniu, od 1·5 do 9·5 kilogr. w czasie całego leczenia kilkutygodniowego, ilość zaś moczu wydzielanego dziennie dochodziła w niektórych przypadkach do 6 litrów.

Ta utrata ciężaru ciała zupełnie podobnie, jak i w leczeniu otyłości za pomocą stósownej dyety, jest największa w pierwszym tygodniu a maleje później mimo dalszego zażywania substancyi gruczołu tarczykowego tak, iż można powiedzieć, że w pierwszych tygodniach ustrój leczony pozbywa się łatwo jakoby luźnie w nim tkwiących tłuszczów i wody, broni zaś reszty tych swych składników.

Do swych doświadczeń terapeutycznych używał autor wyłącznie wymienionego przetworu angielskiego, przyczem pamiętać należy, iż chorzy pod żadnym względem nie zmieniali swego zwykłego sposobu życia.

Co się tyczy nieprzyjemnych skutków ubocznych zażywania substancyi gruczołu tarczykowego, tych można przy uwadze, mianowicie baczeniu na serce i mocz uniknąć bardzo łatwo tembardziej, iż gdyby one nawet się pojawiły, ustępują natychmiast po zaprzestaniu zażywania. Autor obserwował ból głowy, bezsenność, uczucie znużenia, bóle ciągnące w grzbiecie i w kończynach, drżenie, zmniejszenie się łaknienia, bicie serca i przyspieszenie tętna po zadawaniu wewnętrznem gruczołu tarczykowego i dlatego doradza ostrożność w osłabieniu czynności serca, ciężkiej niedokrewności a osobliwie w obrzęku śluzakowym.

Co się tyczy pytania, w jaki sposób gruczoł tarczykowy, zażywany wewnętrznie działa na otyłość, można odpowiedzieć, co zresztą rozumie się samo przez się, iż nie dzieje się to ani przez zmniejszenie łaknienia czyli apetytu ani przez upośledzenie trawienia ani przez zmniejszenie doprowadzania materyj odżywczych, lubo to rzecz niewątpliwa, że stósowna dyeta jest po zaprzestaniu zażywania substancyi gruczołu tarczykowego koniecznym warunkiem utrzymania skutku. Wolno natomiast przypuścić, iż gruczoł tarczykowy wyrabia substancyą bardzo ważną dla życia i czynności ustroju. Substancya ta reguluje odżywianie skóry i tkanki łącznej podskórnej. Jeżeli substancyi tej jest za dużo, spala się tłuszcz w ustroju także nad miarę, jeżeli zaś za mało, wtedy wytwarza się za dużo tkanki tłuszczowej.

Na uwagę zasługuje, iż substancya gruczołu tarczykowego okazała się autorowi bardzo skuteczną w dwóch przypadkach łuszczycy *(psoriasis)*, nie miała zaś żadnego wpływu na chorobę Basedowa. *(Deutsche medic. Wochenschrift.* 13. Grudnia 1894).

— Świeże i lekkie przypadki wyprysku (*eczema*) na rękach skutkiem pracy zawodowej leczy Unna w Hamburgu w ten sposób, że chory wieczorem, idąc spać, obmywa sobie ręce bardzo starannie mydłem szarem a po wysuszeniu naciera je aż do zupełnego wtarcia maścią sporządzoną według przepisu:

152) Rp. *Zinci oxydati* 40·00
Cretae praeparatae
Aquae Goulardi
Olei lini aa 20·00
MDS. Zewnętrznie.

lub:

153) Rp. *Zinci oxydati*
Sulfuris sublimati
Cretae praeparatae
Olei lini
Aquae calcis aa 20·00
MDS. Zewnętrznie

i obwija następnie szczelnie papierem gutaperkowym.

Z rana wstawszy, nie zdejmuje chory odrazu powyższego opatrzenia, lecz w miarę możności wykonywa w niem rozmaite czynności przez kilka godzin a odjąwszy opatrzenie, później wyciera do sucha ręce i naciera znów małą ilością

jednej z podanych maści. Wieczorem powtarza się toż samo postępowanie, co dnia poprzedzającego.

Leczenie to jest bardzo skuteczne i już po kilku, nieraz po dwóch dniach, prowadzi do zamierzonego celu.

(La semaine médicale. 12. Grudnia 1894).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie zwyczajne dnia 16. Listopada 1894 r.

Przewodniczący kol. Stroynowski. — Obecnych członków 34.

1) Sprawozdanie z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący odczytuje pismo od gremium aptekarzy, że ceny surowicy przeciwbłoniczej już ustalono. Nr. I. kosztuje 4·50, Nr. II. 8·20, Nr. III. 12 złr. Surowicy apteki na razie dostarczyć nie mogą, bo w fabrykach jej nie ma.

3) Kol. Merunowicz zawiadamia, że petycya kol. Szpilmanna o subwencyonowanie zakładu weterynaryjnego lwowskiego w celach wyrabiania surowicy przeciwbłoniczej, którą sekcya lwowska poparła, i w sferach rządowych znalazła silne poparcie.

Kol. Wehr wnosi podziękowanie dla kol. Protomedyka za gorliwe zajęcie się tą sprawą. (Przyjęto oklaskami).

4) Kol. Gostyński przedstawia chorego, który przed laty doznał dwukrotnie urazu w ciemię. U chorego tego wystąpiły niedawno objawy żołądkowe, później ból głowy, zez i niemożność chodzenia. Wykazawszy na kości czołowej mały guz zbity, który uważano za *osteoma*, zrobiono tamże trepanacyą. Po trepanacyi przekonano się, że blaszka kostna wewnętrzna była gładka, spostrzegłszy jednak nieprawidłowe zachowanie się samego mózgu, wydobyto łyżeczką część rozmiękłą. Dziś chory jeszcze nie zupełnie pewnie, ale dość dobrze chodzi; inne objawy ustąpiły.

W dyskusyi zabierali głos koll. Wehr, Schramm, Bylicki i prelegent.

Kol. Wehr: Przypadek trepanacyi próbnej, przedstawiony przez kol. Gostyńskiego nadawał się bardzo dobrze do metody osteoplastycznej, co o tyle byłoby korzystniejszem dla chorego, iżby nie potrzebował nosić przez całe życie protezy, w postaci metalowej blaszki na czaszce, sądzę bowiem, że nieznaczne zgrubienie blaszki zewnętrznej kości, *hyperostosis* po urazie, bez śladu eksostozy na blaszce wewnętrznej, jak to widać na wytrepanowanym kawałku, pozostałoby po wrośnięciu bez żadnego wpływu na dalsze prawidłowe czynności mózgu pacyenta. (Streszczenie własne).

5) Kol. Uhma: Kilka obrazów nieprawidłowego zgrubienia przyskórka na dłoniach i podeszwach ugrupować by można w następujący sposób. I. *Tylosis*, sprawa wywołana drażniącemi wpływami mechanicznemi lub chemicznemi, ograniczona do miejsc na szkodliwe wpływy wystawionych. Cechuje ją przerost samego przyskórka — dopiero po długiem trwaniu wykazać można pod drobnowidem przerost warstwy komórek gwiazdkowatych, rozszerzenie naczyń krwionośnych i przewodów gruczołów potnych. Przerost przyskórka gubi się nieznacznie w otoczeniu prawidłowem, a w miejscach zajętych chorobą przedstawia zbitą, szorstką, niepodatną warstwę, która łatwo pęka, wywołując głębokie, bolesne rozpadliny. II. *Keratodermia symmetrica extremitatum* Besniera, rozwijająca się zwykle w młodocianym wieku, niezależnie od wpływów drażniących skórę. Besnier podejrzywa, że sprawa ta etyologicznie związana jest z ośrodkami nerwowymi. Chorą tej kategoryi przedstawia mówca. Istnieje u niej obok *keratodermii onychogryphosis* a najprzerozmaitsze senzacye, na które uskarża się chora, świadczą, że sfera nerwowa u niej prawidłową nie jest. III. *Erythema keratodes symmetricum* Brookego, choroba podostra, cechująca się obrzękiem i zaczerwienieniem na dłoniach i podeszwach, którym towarzyszy przerost płaski przyskórka i przeczulica. IV. *Keratoma palmare et plantare hereditarium*, zboczenie dziedziczne występujące w niemowlęctwie. Mówca przedstawia odlew gipsowy z ręki takiej chorej. Sprawę cechuje przedewszystkiem to, że gdy w poprzednich przyskórek nieprawidłowo zgrubiały gubił się nieznacznie, to tu istnieje to, co Niemcy nazywają: *das Ueberquellen der Sohlenhaut gegen den Fuss und Zehenrücken*. Po bokach dłoni, podeszew, palców, w przejściu skóry z dłoni na przedramię istnieją prawdziwe wały zgrubiałego przyskórka, nagle się kończące. Przy szczegółowem badaniu spostrzegamy, że opuszki palców i wyniosłości na dłoni, miejsca najbardziej wystawione na działanie dotyku mają przyskórek miększy i cieńszy. W ogóle skóra ta jest podatną i wilgotną, co odróżnia ten obraz od V. *acrokeratoma hereditarium* Neubergera, cechującego się guziczkami przerosłego przyskórka, przedewszystkiem na grzbietowych powierzchniach rąk i nóg rozrzuconymi, podobnymi do guziczków widocznych na odlewie na grzbietach palców w okolicy stawów, ale suchych, twardych, nie pocących się.

6) Kol. Wiczkowski. *Myelaemia e lymphaemia.* Pohop do tego wykładu dał prelegentowi przypadek spostrzegany w oddziele chirurgicznym szpit. powszechn., który kol. Ziembicki przedstawił podczas tegorocznego zjazdu lekarskiego. Był to przypadek *sarcoma parvicellulare* na czole i nosie z następowem powiększeniem się gruczołów limfatycznych. Krew tego chorego badana w okresie, gdy gruczoły jeszcze nie były powiększone, przestawiała obraz zwykłej leukocytozy, t. j. zwiększoną ilość ciałek białych, wielojądrzastych. Ze wzrostem gruczołów limfatycznych występowały ciałka białe, małe, jednojądrzaste. Ilość ich wzmagała się tak, że kiedy ciałek czerwonych krwi było 2,717,500, było ciałek białych 170,000, stosunek ciałek białych do czerwonych jak 1:20 — wtedy ilość procentowa ciałek jednojądrzastych wynosiła 80, a wielojądrzastych 10. Ciałek eozynowych, wielojądrzastych było zaledwie 1%; ilość płytek była powiększona, brakowało komórek dużych jednojądrzastych, tak zwanych komórek rdzennych, nie było ciałek czerwonych jądrzastych. Powyższy wynik badania zgodny jest z opisem przypadków, które spostrzegali Müller, Wertheim i inni a wciągnęli pod miano *leukaemia lymphatica* lub *lymphaemia*. Prelegent odróżnia *lymphaemia* od *leukaemia lymphatica*. Swój przypadek uważa za *lymphaemia* a nie może mu nadać nazwy *leukaemia lymphatica*, bo do wiernego obrazu leukemii według dotychczasowych pojęć brak jednojądrzastych komórek dużych (komórek rdzennych), brak ciałek eozynowych jako jądrzastych, brak ciałek czerwonych jądrzastych, t. j. składników szpiku kostnego, który zawsze współcierpi w przebiegu leukemi. Prelegent nie przeczy, że w dalszym przebiegu choroby z *lymphaemii* może się rozwinąć *leukaemia lymphatica*. Prelegent wyklucza tu leukocytozę, która często towarzyszy nowotworom, niekiedy w dość znacznym stopniu, w leukocytozie bowiem zwiększona jest ilość ciałek białych wielojądrzastych. Następnie zwrócił uwagę prelegent na kilka szczegółów, które dostrzegł barwiąc krew tego chorego znanymi odczynnikami. I tak wielka część ciałek limfatycznych okazywała ziarnistości bazofilne. Niektóre płytki Bizzozerowskie przedstawiały jądro, które przy barwieniu eozyną i błękitem metylenowym nabrało barwy czerwonej, gdy pierwoszcze zabarwiło się niebieskawo. Znajdywał też mówca komórki o zarysach nierównych, często niewyraźnych ze szczątkami jądra, barwiącemi się płynem Ehrlicha słabo zielonkowato. Ilość tych ostatnich wynosiła około 8%. Limfocyty badane na stoliku ogrzanym okazywały bardzo małą ruchliwość, gdy ciałka wielojądrzaste są, jako wiadomo, żywo ruchliwe. Tem się też tłómaczymy, że w przypadkowych ropniach u chorych na limfemią są, jak zwykle, tylko ciałka wielojądrzaste. Niewytłómaczonem jednak zostaje, zkąd biorą się ciałka jednojądrzaste w plwocinach, w moczu w nieżytach dróg moczowych. Być może, że tutaj komórki jednojądrzaste są wytworem miejscowym i to z komórek łącznotkankowych.

Po wykładzie przedstawił prelegent odpowiednie preparaty drobnowidowe. (Streszczenie własne).

Dyskusya. Kol. Wernicki twierdzi, że rzadko komu udaje się zabarwić należycie preparaty z krwi płynem Ehrlicha. Prelegentowi musiało się to nie udać, kiedy pewne komórki w jego preparatach nie zabarwiły się. W dodatku w limfanemii zdarza się przewrotne barwienie a komórka uważana przez prelegenta za coś nowego jest po prostu myelocytem neutrofilnym, właściwym leukemii szpikowej. Mowca nie przypuszcza też, by płytki Bizzozera, w których, że są bardzo maleńkie, nie znać ani śladu rysunku, mogły okazywać jądro. To, co prelegent uważa za płytki, to niewątpliwie małe ciałka białe: mikrocyty limfatyczne. W końcu swego przemówienia wyklucza prelegent możliwość tworzenia jakichkolwiek hipotez o powstawaniu z komórek łącznotkankowych jakichś innych komórek. Kol. Wiczkowski odpowiada, że ma należycie sporządzony płyn Ehrlicha, o czem przy ciągłych badaniach krwi w swej pracowni dokonywanych

mógł się upewnić dostatecznie. Komórki, o których mowa, barwią się, ale bardzo słabo; wyraźniej zaznaczają się szczątki ich jąder. Prelegent napotykał te komórki czasem w przebiegu leukemii i stale w opisanym przypadku limfemii. Płytki Bizzozera jądrzaste, o których mowa, przedstawiają się inaczej, niż zwykłe ciałka limfatyczne. Jądro ciałek limfatycznych barwi się niebieskawo a pierwoszcze różowo; tu zaś zabarwienie jest przewrotne.

7. Kol. Ziembicki przedstawia dwóch chorych. U jednego dokonał ekstraperytoncalnie ekstyrpacyi nerki, rana przygojona. U drugiego, u którego w podżebrzu prawem można wykazać guz z nerki wychodzący, zamierza mówca przedsięwziąć tę samą operacyę.

Wyczerpawszy na tem porządek dzienny, zamknięto posiedzenie.

Za sekretarza: *Uhma.*

Posiedzenie zwyczajne dnia 30. Listopada 1894 r.

Przewodniczący kol. Stroynowski. — Członków obecnych 16.

---

1) Przewodniczący komunikuje zgromadzonym uprzejme wyjaśnienie redaktora *Przeglądu lekarskiego*, prof. Domańskiego, dlaczego opóźnił się druk sprawozdania z poprzedniego posiedzenia, następnie okólnik c. k. Namiestnictwa w sprawie surowicy przeciwbłoniczej, wreszcie odezwę Magistratu w sprawie wysyłania chorych ubogich do Karlsbadu.

2) Kol. Wehr zawiadamia, że prezes Izby lekarskiej lwowskiej zwołał na ten sam czas, kiedy posiedzenie obecne się odbywa, zgromadzenie Izby lekarskiej i wnosi, by prezesa Izby lekarskiej uprosić o uwzględnianie posiedzeń sekcyi lwowskiej i nie zwoływanie w przyszłości posiedzeń równoczesnych.

3) Kol. Wachholz: *Znaczenie sądowo-lekarskie gonokoków.* Rzecz przeznaczona do druku w *Przeglądzie lekarskim.* W dyskusyi zabierali głos koll. Uhma, Weber, Wernicki, Stroynowski, Skałkowski, Bylicki i prelegent.

4) Kol. Wernicki, którego odczyt z powodu spóźnionej pory odłożono na następne posiedzenie, przedstawił swoje tablice z kolorowanymi rysunkami składników krwi.

Na tem zakończono posiedzenie. Za sekretarza: *Uhma.*

VII. VII-my Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1894. roku.

Napisał

Dr. Leon Kryński,
asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 50).

W dyskusyi nad odczytami prof. Rydygiera i Obalińskiego zapytuje się Dr. Dembowski (z Wilna) prof. Obalińskiego, czy nie miewał przy stosowaniu swojej metody następowych przepuklin w smudze białej. D. wyłuszczał raz włókniak, wychodzący z przedniej ściany macicy na wysokości ust wewnętrznych macicy; guz rozwinął się między listkami więzu szerokiego i nie mając miejsca do dalszego rozwoju w małej miednicy, pociągnął za sobą ku górze narządy małej miednicy tak, że wierzchołek pęcherza znalazł się na dwa poprzeczne palce poniżej pępka. Wobec tego mówca przy otwieraniu jamy brzusznej przedłużył cięcie ponad pępek i po nacięciu ściany macicy ponad guzem w kierunku czołowym z łatwością wyłuszczył guz cały. Gdy po wyłuszczeniu guza pęcherz opadł do wysokości spojenia łonowego, zaszył górną część rany brzusznej a w dolną wszył ranę maciczną, poczem wytamponował gazą pozostałą po włókniaku jamę i leczył następnie ranę w ten sposób pozaotrzewnowo. Otóż w tym przypadku Dr. Dembowski był zmuszony po roku operować chorą powtórnie a to z powodu bardzo znacznej przepukliny w linii białej.

Dr. Dembowski jest w wielu przypadkach zwolennikiem całkowitego wyłuszczania macicy przez laparotomię, odrzucając *amputatio supravaginalis.* W operacyi tej trudnem jest przecięcie sklepień pochwy; by je ułatwić, obmyślił on narzędzie, którego model przedstawia. W czynności tego narzędzia główną rolę grają dwie poprzecznie położone sondy rowkowane, wypychające przez odpowiednie nastawienie obadwa sklepienia od strony pochwy ku górze tak, że następnie można je z łatwością przeciąć na owych sondach. Dokładny opis tego instrumentu poda mówca w *Przeglądzie chirurgicznym.*

Dr. Skałkowski był u Chrobaka przy powstawaniu opisanej przez prof. Rydygiera metody; podobnie jak i wiele innych stworzyła je potrzeba. Poprzednio Chrobak operował, podwiązując szypułę podwiązką elastyczną; przypadki jednak, w których nie można było utworzyć szypuły, skłoniły Chrobaka do obmyślenia nowej, w mowie będącej metody. Metoda ta jest idealną, gdyż otrzymuje się po operacyi jednolitą otrzewną, złączoną szwem pojedynczym. Zwraca dalej Dr. S. uwagę na odpowiednie oczyszczenie pochwy przed operacyą; powinna być ona desinfekcyonowana, między innemi i wyskokowym rozczynem sublimatu. Zwykły krążek drewniany, umieszczony na sondzie, może wskazywać, gdzie jest sklepienie i gdzie należy zakładać szwy. Mówca zaleca drenowanie pochwy knotem jodoformowym. Szew, łączący płaty otrzewny, nie powinien znajdować się naprzeciwko miejsca, gdzie mieszczą się w sklepieniu pochwy podwiązki; warunek ten jest zasadniczym punktem metody Chrobaka. W tym celu wycina Chrobak obydwa płaty otrzewnowe nierównej wielkości a mianowicie przedni znacznie większy, skutkiem czego po zeszyciu brzegów linia szwu idzie wężykowato i bardziej ku tyłowi od linii środkowej. Nierówność płatów pochodzi także i ztąd, że odpreparowanie otrzewny na tylnej ścianie jest nader trudnem i łatwo przedziurawić w tem miejscu otrzewną, gdy na przedniej ścianie odpreparować ją bardzo łatwo. Płat przedni musi być jeszcze i z tego względu bardzo wielki, iż otrzewna kurczy się znacznie; przekonał się o tem Chrobak przy pierwszym, metodą tą operowanym przypadku, gdzie zeszycie otrzewny przedstawiało dość znaczne trudności ze względu na niedostateczną wielkość płatów. Metoda ta w niektórych przypadkach, np. włókniakach szyjki macicy, przerosłych na boki, jest zdaniem mówcy jedynym, dającym się zastósować sposobem chirurgicznym; przed jej powstaniem przypadków takich starano się nie leczyć operacyjnie.

Dr. Neugebauer znajduje, że sposób prof. Obalińskiego, w zasadzie bardzo racyonalny w praktyce nadaje się w wyjątkowych tylko przypadkach, dzięki następującym trzem dość rzadko trafiającym się okolicznościom: 1) zmiany następowe w przypadkach zadawnionych, t. j. zrosty ścisłe z torebką guza i ztąd niemożliwość wyłuszczenia; 2) topograficzna siedziba włókniaka; w razie włókniaków w tylnej ścianie macicy, wyłuszczanie ich sposobem prof. Obalińskiego byłoby nieracyonalnem, gdyż sprawiałoby *anteversio uteri fixata;* 3) mnogość włókniaków, stanowiąca zjawisko dość częste; czy w tych przypadkach poprzestać mamy na wyjęciu większych włókniaków przedniej ściany macicy, aby w rok lub później cierpienie powracało i operacyę przedsiębrać na nowo? Wobec tego, Dr. N. prosi prelegenta o ściślejsze określenie rodzaju włókniaków, które dadzą się me-

todą jego operować, jak również i o wypowiedzenie swojego poglądu na leczenie operacyjne przypadków *myomatosis multiplex.*

Dalej zapytuje się prof. Obalińskiego, czy w swych przypadkach nie spostrzegał podczas pierwszego po operacyi miesiączkowania wydzieliny krwawej przez przetokę rany; krwawienie takie z szypuły macicy po operacyi Porry przy leczeniu ekstraperytonealnem nie są bynajmniej rzadkie.

Co do przyrządu demonstrowanego przez Dra Dembowskiego, to zwraca mówca uwagę na podobny przyrząd, użyty raz jeden przez Martina przy odprowadzaniu wynicowanej do pochwy macicy, nadto rysunek podobnego przyrządu widział w *Gemeinsame deutsche Zeitschrift für Geburtskunde* z 1810—1825 r. Przyrząd ten składał się z obrączkowatego wianka, opartego na trzech nóżkach na sposób *pessaire en bilboquet;* wianek ten osadzony był na stalowym pręcie zakrzywionym stósownie do osi macicy, zaopatrzonym w drewnianą rączkę; proponowano ten przyrząd do podnoszenia macicy ku górze od strony pochwy w celu ekstyrpacyi macicy za pomocą cięcia brzusznego. Wreszcie trzeci podobny i do tegoż celu przeznaczony elewator spotkał mówca w ostatnich numerach jednego z amerykańskich czasopism ginekologicznych *(New York Obstetr. Journal).*

Dr. Ziembicki: Prof. Obaliński dorzuca nową cegiełkę do arsenału metod dawniejszych; metoda ta jednak ogólnego zastósowania przy wszystkich włókniakach macicy znaleść nie może. Zresztą ogólnej metody w tym razie nie ma i być nie może ze względu na różnorodność włókniaków; ztąd też należy każdy przypadek indywidualizować. W najcięższych przypadkach, najracyonalniejszą jest metoda opisana dzisiaj przez prof. Rydygiera.

Z drugiej jednak strony bardzo dobrą a za mało u nas dotychczas stósowaną jest operacya podana przez Péana i Doyena a zwana *morcellement.* Doyen za pomocą tej operacyi usuwa guzy sięgające do pępka. Zabieg ten, racyonalnie wykonany, nie jest dla chorej niebezpiecznym; w literaturze polskiej lekarskiej opisów stósowania go znajdujemy bardzo mało. Przypadek, operowany przez mówcę, opisał Dr. Skałkowski.

Dr. Szuman zapytuje się prof. Obalińskiego, czy w tych przypadkach, gdzie wyłuszczał swoją metodą, zaszywał ranę po włókniaku i zeszytą wszywał następnie w ranę ścian brzusznych, czy też tamponował ją i tampony wyprowadzał na zewnątrz. Dalej zwraca Dr. S. uwagę, że Chrobak swoją metodą operował nie dziewięć, jak powiedział Dr. Skałkowski, lecz czterdzieści kilka przypadków, oprócz tego Rossander w Sztokholmie niezależnie od Chrobaka polecił tę samą metodę i operował nią szczęśliwie dziewięć przypadków.

Prof. Jordan nie zgadza się na pierwszy wniosek prof. Obalińskiego, według którego należałoby usuwać wszystkie włókniaki we wczesnych okresach ich rozwoju. Sekcye zwłok kobiet w wieku lat przeszło czterdziestu wykazują w 40% przypadków włókniaki, o których chore za życia często nie wiedziały, gdyż nie wywoływały one żadnych chorobowych objawów; z drugiej strony włókniaki, które dają objawy chorobowe, pod wpływem leczenia nie chirurgicznego lub też i bez leczenia, szczególniej przy zbliżaniu się *climacterium*, nieraz zmniejszają się i giną, wobec czego Dr. Jordan, zgodnie z współczesnym, panującym w ginekologii poglądem sądzi, że takie tylko przypadki należy operować, gdzie leczenie bezkrwawe przez czas dłuższy nie pomaga a niedokrewność chorej wzrasta.

Dr. Bylicki jest zdania, że myomotomia nigdy nie stanie się operacyą tak ogólnie stósowaną, jak n. p. owaryotomia; przyczyną tego jest, że myomotomia nie jest i nie będzie operacyą typową.

Co do pierwszego wniosku prof. Obalińskiego, to Dr. Bylicki godzi się ze zdaniem prof. Jordana. Zwraca dalej uwagę na ważną a zamało dotychczas ocenioną zasługę prof. Rydygiera przez wprowadzenie przezeń modyfikacyi *exstirpationis uteri abdominalis* Freunda, która polega na przecięciu sklepień i oddzieleniu macicy od strony pochwy, dopiero zaś po uwolnieniu macicy od dołu przystępuje się do laparotomii.

Co do narzędzia, podanego przez Dra Dembowskiego, to sądzi mówca, że instrument ten jest zupełnie zbyteczny i że jako taki, nie znajdzie on szerszego zastósowania w ginekologii.

Dr. Sołowij przyznaje, że wyłuszczanie mięśniowłókniaków macicy, zwłaszcza u kobiet młodszych stanowi postępowanie idealne, gdyż pozostawia im macicę zdolną do czynności; pozostałe jednak zarodki guzów rozwijają się później i wywołują często potrzebę powtórnej laparotomii. Wobec tego jedynie bardzo nieznaczna ilość przypadków mięśniowłókniaków nadawałaby się do wyłuszczania. Z pomiędzy metod operacyjnych wyłuszczania tych guzów skłaniają się operatorzy do metody śródotrzewnowej, pomimo, że rezultaty metody pozaotrzewnowej (Hegara) są, ogółem wziąwszy, pomyślniejsze. Przyczyną tego jest, że ta ostatnia metoda 1^0 pozostawia szeroką bliznę, zdolną do wytwarzania przepukliny brzusznej i 2^0 wymaga dłuższego leczenia po operacyi. Metoda wyłuszczania podana przez prof. Obalińskiego ma wszystkie wady metody pozaotrzewnowej, brak zaś jej zalet tego postępowania a mianowicie radykalności.

Co do pierwszego punktu wywodu prof. Obalińskiego, to godzi się mówca na uwagi prof. Jordana i Dra Bylickiego.

Dr. Schramm operował w ostatnim przypadku włókniaków sposobem dziś opisanym przez prof. Obalińskiego. W tym przypadku guz znajdował się w powierzchownej warstwie na szczycie macicy. Po wyłuszczeniu go okazało się, że oddzielony z przedniej powierzchni, owalny płat był za mały, by przykryć obnażony miąższ macicy, której otrzewna pękła w dolnej części tylnej ściany podczas wyłuszczania guza w jamie brzusznej. Z tej przyczyny, by uniknąć sączenia się krwi do jamy brzusznej, wszył mówca macicę w dolny kąt rany brzusznej po obszyciu jej naokoło otrzewną ściany brzusznej. Zupełne zagojenie rany nastąpiło w przeciągu kilkunastu dni. Postępowanie takie stósuje się wszędzie, gdzie jest obawa, by krew lub wydzielina nie dostawały się do jamy brzusznej; okazało się ono we wszystkich tych przypadkach doskonałym środkiem ochronnym, spodziewać się więc należy, że i przy wyłuszczaniu włókniaków macicy da dobre wyniki. Postępowanie to, zastósowane do włókniaków macicy przez prof. Obalińskiego, ze względu na to, że jest w użyciu oddawna w wielu analogicznych przypadkach, nie zasługuje, zdaniem mówcy, na nazwę nowej metody.

Prof. Mars twierdzi, zgodnie z poprzednimi mówcami, że punkt pierwszy wywodu prof. Obalińskiego musi

uledz bardzo poważnym ograniczeniom. Za główne wskazanie do operacyi włókniaków macicy uważa mówca szybki ich wzrost.

Prof. Rydygier sądzi, że sposób prof. Obalińskiego może znaleść w niektórych przypadkach zastósowanie; metoda ta jednak, jako dążąca zasadniczo do gojenia rany macicy *per secundam*, nie odpowiada ideałowi doraźnego gojenia ran.

Prelegent prof. Obaliński zakończa dyskusyę, odpowiadając na poczynione metodzie swojej zarzuty:

1° Co do pierwszego punktu swego wywodu, nie miał na myśli wszystkich w ogóle włókniaków, lecz tylko te, które przedstawiają pewne objawy niepokojące;

2° przepuklina brzuszna powstaje tu daleko trudniej, niż po innych sposobach operacyjnych, gdyż macica wszyta w ścianę brzuszną, wypełniając sobą otwór, zapobiega temu;

3° włókniaki tylnej powierzchni macicy można również metodą tą operować, trzeba tylko stósownie nachylić macicę ku przodowi. Zresztą statystyka wykazuje, że włókniaki macicy znajdują się głównie w górnej jej części;

4° w *multiplicitas* włókniaków postępowanie zależy od wielkości guzów; gdy są małe, mówca wyłuszcza je, gdy są wielkie, zalicza dany przypadek do nienadających się do operowania jego metodą;

5° sposób opisany przez siebie nazywa metodą dlatego, że nie stósuje go w tych tylko przypadkach, gdzie go do tego zmusza obawa przed dostaniem się krwi do jamy brzusznej, jak to było w przypadku Dra Schramma, a używa go metodycznie wszędzie, gdzie znajduje odpowiednie, podane powyżej stósunki. (Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 20. Grudnia 1894 r.

— W dniu 19 b. m. odbyło się posiedzenie zwyczajne Towarz. Lek. krak., na którem po przeczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia przystąpiono do wyborów urzędników Towarzystwa na rok przyszły. Po obliczeniu głosów okazali się wybranymi: na prezesa prof. Walentowicz, na wiceprezesa doc. Bossowski, na sekretarza dorocznego Dr. Kozłowski, na redaktora *Przeglądu Lekarskiego* dotychczasowy redaktor. prof. Domański, do komisyi redakcyjnej: ponownie proff. Cybulski, Gluziński, Mars i Obaliński, również ponownie podskarbim doc. Zarewicz a bibliotekarzem Dr. Murdzieński i delegatami do rady zawiadowczej Tow. Lek. galic. Dr. Schramm i Dr. Bylicki we Lwowie. Wreszcie do komisyi kontrolującej wybrano prof. Marsa i Dra Zanietowskiego (starszego).

— Doc. Dr. Józef Nusbaum i adjunkt Dr. Jan Prus mianowani profesorami, pierwszy anatomii opisowej i histologii, drugi anatomii patologicznej tudzież patologii ogólnej i doświadczalnej w szkole weterynarskiej we Lwowie.

— Młodsi lekarze szpitalni (sekundaryusze i praktykanci) postanowili za przyzwoleniem Dyrekcyi a zachęceni przez grono prymaryuszów począwszy od r. 1895. odbywać w szpitalu św. Łazarza w Krakowie posiedzenia naukowe raz na miesiąc. Na porządku dziennym tych posiedzeń będą 1) demonstracye uwagi godnych przypadków chorobowych, 2) sprawozdania z przebiegu chorób leczonych w szpitalu, 3) spostrzeżenia nad sposobami leczenia w szpitalu zastósowanemi, 4) wyzyskanie umiejętne statystyki szpitalnej. W posiedzeniach tych wezmą stały udział prymaryusze i dyrektor. Materyał opracowany na tych posiedzeniach, będzie w stósownych razach mógł służyć później za przedmiot wykładu w Tow. lek. krak.

— Dr. Józef Polak w Warszawie otrzymał na wystawie higienicznej w Petersburgu złoty medal za wydawane przez siebie czasopismo *Zdrowie*.

Warszawa 13. Grudnia 1894.

— Towarzystwo lekarskie warszawskie przyjęło na posiedzeniu w dniu 11. Grudnia b. r. 12-tu lekarzy w poczet członków czynnych a trzech w poczet korespondentów.

Na temże posiedzeniu zdawał sprawę Dr. Janowski z wycieczki do Berlina i Paryża, podjętej w celu zapoznania się z przygotowaniem surowicy przeciwbłoniczej.

Dr. Janowski sądzi, że wyniki w ogólności są korzystne i że koniecznie należy robić dalsze próby na wielki rozmiar w szpitalach pod dokładną kontrolą; uważa zaś za nieodpowiednie zakładanie fabryki w Warszawie (za pieniądze publiczne), ze względu na wielki koszt potrzebny na urządzenie takiej fabryki i ze względu na to, że może z czasem obejdzie się wyrabianie antytoksyny bez pośrednictwa organizmów zwierzęcych, wobec czego kapitał wyłożony na założenie okaże się straconym. Surowicę będzie można nie długo dostawać w wielkich ilościach zarówno z Francyi jak i z Niemiec po cenach względnie przystępnych, w każdym razie taniej, niż produkując ją na miejscu. (Odczyt był ze względu na dokładny opis techniki przygotowywania i stósowania bardzo ciekawy, zresztą zawierał rzeczy znane).

W dyskusyi przemawiał między innymi obszernie Dr. Bączkiewicz, który również był w Paryżu i Berlinie i widział rezultaty korzystne zgadzające się z obserwacyami Dra Janowskiego, (w Paryżu, w czasie ich pobytu odsetka śmiertelności ogólnej u leczonych surowicą wahała się między 11 a 14%), zaleca również dalsze próby, zwraca jednak uwagę na leczenie miejscowe, stósowane oprócz surowicy w Paryżu i na znane już i ogłoszone działania uboczne surowicy, jak zapalenie tkanki łącznej podskórnej (*phlegmone*), osutki, zajęcia stawów i t. d. (Ostatnie dwa objawy nie koniecznie są skutkiem surowicy; mogą być tylko objawami posocznicy, wywołanemi przez nieczyste manipulowanie przy sporządzaniu lub stósowaniu).

— Sprawa skuteczności leczenia błonicy właściwą surowicą zamiast rozjaśniać zaciemnia się coraz bardziej, przynajmniej w Berlinie, gdzie do kwestyj naukowych przyłączyły się walki osobiste: po szorstkiem wystąpieniu Behringa przeciw Virchowowi i to wystąpieniu w piśmie ani lekarskiem ani naukowem, toczy się *à propos* wiadomego odczytu Hansemanna, znanego Czytelnikom *Przeglądu lekarskiego* (z poprzedniego Nru) teraz w *Deutsche med. Wchschft* (w Nrze 50) polemika między Behringiem a znanym profesorem chirurgii Bergmannem, który oświadcza wręcz, iż przypatrzywszy się doświadczeniom Behringa i przeczytawszy jego rozprawy niezgodne z zasadami nauki (*unwissenschaftlich*), nabrał nieufności do seroterapii i nazywa Behringa prawdziwym mężem przyszłości i agitatorem surowicy leczniczej (*echter Mann der Zukunft und Agitator für das Heilserum*).

— **Nekrologia.** Zmarł: w Tule na dur osutkowy w 59. roku życia lekarz prakt. **Wincenty Smidowicz**, przewodniczący miejscowej komisyi sanitarnej, cieszący się wielkiem u publiczności uznaniem.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 1674/94.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Wydział powiatowy w Bohorodczanach rozpisuje niniejszem konkurs na opróżnioną posadę lekarza dla okręgu sanitarnego z siedzibą w Bohorodczanach obejmującego 11 gmin z ludnością 22911.

Płaca roczna 500 złr. (1000 koron), zaś ryczałt na koszta podróży służbowych 318 złr. (636 koron) rocznie.

Kompetenci muszą w myśl §. 7. ustawy z dnia 2. Lutego 1891. Nr. 17. dz. ust. kraj. prócz dostatecznej fizycznej zdatności udowodnić się mającej świadectwem c. k. lekarza powiatowego lub też świadectwem lekarskiem, potwierdzonem przez c. k. lekarza powiat., wykazać następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego, z przedłożeniem metryki urodzenia;

2) dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

3) nieskazitelny charakter;

4) znajomość języków krajowych;

5) praktyką najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Pierwszeństwo mają ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Posada na razie prowizorycznie zostanie nadaną na rok jeden.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy do Wydziału powiatowego na ręce podpisanego prezesa najdalej do 15. Stycznia 1895 r.

Bohorodczany 17. Grudnia 1894. Prezes:

167—3—1 *Józef Szeliński.*

KONKURS.

W mieście Kańczuga powiatu Łańcut jest do obsadzenia posada lekarza miejskiego z roczną płacą 500 złr. w. a. bez mieszkania.

Ubiegający się o tę posadę zechcą się do 1. Stycznia a najdalej do 15. Stycznia 1895 r. u Zwierzchności gminnej pisemnie lub osobiście zgłosić i swe dokumenta przedłożyć.

Kańczuga 3. Grudnia 1894.

164—2—2 *Zwierzchność gminna.*

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.